Rok XLVI. Kraków, dnia 6. kwietnia 1907. Nr 14.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chorób wewnętrznych prof. M. M. Wołkowa
w Petersburskim Żeńskim Instytucie Lekarskim.

Przypadek tak zwanej choroby Bantiego.

Podał

Dr B. Wilamowski.

(Wykład na posiedzeniu Polskiego Koła lekarskiego w Petersburgu 14/27 listopada 1906 r.)

(Dokończenie.)

Wszystko, co o chorej wiemy, da się streścić w sposób następujący: nie mając w swym ustroju prawdopodobnie żadnych wyraźnych cech zwyrodnienia i żadnego obciążenia dziedzicznego, A. Ł. rozwija się w warunkach wogóle korzystnych i wyrasta na zdrową, tęgą dziewczynę, nie ulegając żadnym poważniejszym zakażeniom, ani zatruciom. Ani razu harmonia czynności ustroju nie ulega wyraźnemu naruszeniu. Taki stan trwa aż do zamążpójścia, przyczem pierwszy połóg kończy się pomyślnie. W ciągu zaś powtórnej ciąży, jak wiadomo przerwanej przed czasem (może pod wpływem upadku z wozu), lub też wkrótce po połogu zadziałał jakiś wpływ szkodliwy, po którym stan wcale już poprawić się nie może. Mamy tu na myśli nie ciężki uraz głowy z opisanymi już jasnymi skutkami, lecz coś innego, co, być może zadziałało jednocześnie z urazem (który, mógł zresztą utorować drogę do ustroju jakiemukolwiek zarazkowi), lecz niekoniecznie musi być z nim w związku przyczynowym. Ów wpływ szkodliwy zmienił prawidłowe stosunki w ustroju, a wyraził się przedewszystkiem objawami miejscowymi, powiększeniem brzucha, szczególnie jego lewej połowy, w której chora zaczęła odczuwać pewną niedogodę, ciężar i ból, a powtóre objawami ogólnymi, jakoteż osłabieniem i niezdolnością do pracy. Tak jedne, jak i drugie, jakkolwiek powoli, latami, lecz niezawodnie postępowały i już następowo wywołały objawy drugorzędne, a mianowicie: zmniejszenie pojemności klatki piersiowej i, co za tem idzie, niedodmę brzeżną i duszność, oraz przemieszczenie serca; dalej, obrzęki kończyn dolnych. Skłonność do krwawień z nosa i brak miesiączki dopełniały obrazu ciężkiej choroby.

Podczas spostrzegania klinicznego stwierdziliśmy, że w lewej połowie brzucha znajduje się olbrzymi ruchomy guz, który niczem innem być nie mógł, tylko przerosłą śledzioną. To pierwsze wrażenie co do rodzaju obrzęku śledziony pozostało i nadal; nie mieliśmy danych, przemawiających za nowotworem lub bąblowcem, ani też za zwyrodnieniem skrobiowatem lub gruźlicą śledziony. W związku widocznie z przerostem śledziony stwierdziliśmy i naruszenie składu krwi: obniżenie liczby ciałek czerwonych, a szczególnie hemoglobiny; lecz najciekawszem było zachowanie się ciałek białych, których liczba była znacznie niższą od średniej prawidłowej. Potem wskutek ciasnoty w jamie brzusznej, wywołanej przez olbrzymią śledzionę, jelita, jako najwięcej ruchome, przesunęły się więcej na prawo i prawdopodobnie bardzo przeszkadzały wyraźnie wymacać brzeg wątroby, której powiększenia można było się domyślać, a nawet uważać je za wcale prawdopodobne. Istnienia puchliny brzusznej, można było raczej zaprzeczać, jednak niezupełnie stanowczo. Pominąwszy objawy nerwowe, jako rzecz odrębną, jako przypadkowe powikłanie cierpienia zasadniczego, uwagę w naszym przypadku zwracały na siebie: śledziona, krew i wątroba. Śledziona, jak to ze wszystkiego widać, uległa zmianom wcześniej, niż krew, a tem bardziej wątroba. Wątroba, w porównaniu ze śledzioną, zaledwo na dalszym stoi planie; widocznie tak wielkie zmiany, jakie znajdujemy w śledzionie, w wątrobie nie zdążyły się rozwinąć. W śledzionie, sądząc z jej spoistości, rozwinęła się silnie tkanka łączna; prawdopodobnie na powierzchni jej są włókniste zrosty, których napinanie się wywołuje ból przy biernych ruchach narządu. Przypuszczalne zmiany włókniste torebki śledziony *(perisplenitis)* mogły być przypadkowe, wywołane doznanym ciężkim urazem ciała. Ażeby zmiany w miąższu miały punkt wyjścia z powierzchni narządu, jest bardzo wątpliwe. Takie zmiany miąższu mogą być wywołane przez ogólną przyczynę przyrody zakaźnej lub toksycznej. W każdym razie w danym przypadku należy przyjąć przewlekłe zatrucie niejasnego pochodzenia. Trujące wpływy, oprócz śledziony, odbijają się tu i na wątrobie i na innych narządach i na krwi. We krwi spostrzegamy ciekawy objaw niedostatku krwinek białych, którego znaczenie trudno zrozumieć; ograniczyć się trzeba tylko do samych przypuszczeń i porównań. Tak n. p. w zakażeniu durowem spostrzega się również zmniejszenie liczby krwinek białych, co możnaby uważać za wynik zwiększonego rozpadu ciałek białych i zmniejszenia wytwarzania się leukocytów, lub też objaśniać tę czasową (ostrą) leukopenię ujemną »hemotaksis«. Temże samem przewlekłem zatruciem tłómaczą się objawy osłabienia serca ze skurczowym przy koniuszku szmerem z rozszerzenia i obrzękami kończyn dolnych. Do całego obrazu chorobowego dołączyły się i czysto nerwowe objawy, w niemałym prawdopodobnie stopniu będące podstawą rozmaitych bolów, na które chora ciągle się uskarżała.

W ten sposób rozpatrzywszy nasz przypadek, możemy rozpoznanie kliniczne ująć w sposób następujący: *Hereditas*

incerta. Conditiones vitales benignae. — Insufficientia abdominalis: diastasis lin. albae. — Contusio lateris sin. corporis atque cranii. Epilepsia Jacksoni. Aphasia incompleta. — Hysteria. — Intoxicatio chr. origine incerta: Hyperplasia lienis exquisita. Hyperplasia hepatis (?). Leucopenia. Anaemia (oligochromaemia et oligocythaemia). Amenorrhoea. — Insufficientia cardiotonica: dilatatio cordis, anasarca.

Opisany przypadek zupełnie odpowiada temu obrazowi klinicznemu, któremu nadano nazwę choroby Bantiego. Banti wyodrębnił niektóre przypadki, cechujące się przewlekłym przebiegiem, olbrzymią śledzioną, zmianą składu krwi i następową marskością wątroby, a w końcu puchliną brzuszną. On pierwszy zaczął odróżniać takie przypadki od t. zw. marskości wątroby i upatrywał w śledzionie pierwotne siedlisko zakażenia; stąd brały, zdaniem jego, źródło dalsze zmiany i we krwi i w wątrobie i w innych narządach. Takim przypadkom nadał on nazwę *anaemia splenica cum cirrhosi hepatis*, a rozwój choroby dzielił na 3 okresy: pierwszy, najdłuższy (od 3—11 lat) okres niedokrwistości, potem niedługi okres przejściowy, kiedy ilość moczu się zmniejsza i w nim pojawia się urobilina, dużo moczanów i czasami ślady barwików żółciowych; w kilka miesięcy później rozwija się puchlina brzuszna, która stanowi cechę trzeciego, ostatniego okresu. Ten trzeci okres również nie trwa długo — kilka miesięcy, rzadziej rok. W tych zmianach chorobowych Banti jest skłonny upatrywać pochodzenie zakaźne, nie zważając na ujemne w tym względzie wyniki badania; w rozwoju ich nie przypisuje on przytem znaczenia przymiotowi ani zimnicy, ani też zatruciu wyskokowemu i zaburzeniom trawiennym. Zmiany zaś anatomiczne w narządach polegają na rozroście tkanki łącznej w śledzionie i następowo w wątrobie, dokąd jad (zarazek) dostaje się, jak sądzi Banti, drogą żyły wrotnej, w której ścianach spostrzegano stwardniające zapalenie błony wewnętrznej, wychodzące z żyły śledzionowej.

Uważając śledzionę za siedlisko zarazka radzi ją Banti zawczasu usuwać.

Senator (1) rozszerza zakres schematu, podanego przez Bantiego i zalicza tutaj przypadki niedokrwistości śledzionowej z mało uwydatniającem się cierpieniem wątroby, ale z puchliną brzuszną (nie będącą częściowym wyrazem puchliny ogólnej). Zalicza tutaj również i te przypadki t. zw. marskości wątroby, które czemkolwiek różnią się od zwyczajnych typów, n. p. ogromną śledzioną, silną niedokrwistością lub skłonnością do niezrozumiałych w danym przypadku krwawień z nosa, żołądka, kiszek i inn. Do skłonności do krwawienia przywiązuje Senator większą wagę, niż Banti; wielkie też znaczenie przypisuje on składowi krwi, który różni się od zwyczajnej przewlekłej niedokrwistości znacznem obniżeniem liczby krwinek białych. Lecz ten ubytek krwinek białych nie jest objawem stałym i Senator gotów jest uznawać istnienie takich przypadków niedokrwistości śledzionowej, w których leukopenia ustępuje stopniowo miejsca hyperleukocytozie, które więc stanowią w ten sposób przejście do białaczki wrzekomej śledzionowej, od niej zaś do białaczki. Kiedy do tego dołącza się puchlina brzuszna, wówczas mamy prawo stan ten nazwać chorobą Bantiego.

Również i inni autorowie nie zaprzeczają możliwości przejścia stanów wrzekomobiałaczkowych w białaczkę. O tem pisze i prof. Krehl (2), powołując się między innemi na szczególnie ciekawy przypadek Marchanda.

Hans Hirschfeld (3) w swojem zbiorowem sprawozdaniu rozbiera niektóre przypadki niedokrwistości śledzionowej i uznaje istnienie t. zw. nietypowych białaczek, cierpień białaczkowatych, czyli białaczkowych postaci przejściowych. Z tych przypadków wymienić należy przypadek Jaweina *(anaemia splenica pseudoleucaemica)* i Jacksona *(splenic anaemia)*. Przypadek Jacksona przytacza i Senator, który zalicza go do kategoryi choroby Bantiego.

Gruzdew (4) w wyczerpującej rozprawie o chorobie Bantiego przyznaje, że schemat Bantiego jest za ciasny, ale nie całkiem godzi się i z Senatorem. Pomijając jednak pewną niezgodę zdań w szczegółach, stwierdzić należy, że co do rzeczy zasadniczej wszyscy autorowie godzą się i uznają, że z opisywanych pod innemi mianami stanów chorobowych koniecznie należy wyodrębnić takie przypadki które cechuje pierwotne przewlekłe cierpienie śledziony pociągające za sobą szczególniejszą zmianę krwi z końcową marskością wątroby i puchliną brzuszną.

Pomimo, że Banti zaleca zawczasu wyciąć śledzionę, nie mogliśmy się zdecydować na tę operacyę, chociażby już dlatego, że pomyślne skutki wycięcia śledziony w tych przypadkach właściwie nie są stanowczo stwierdzone.

Wobec przyjętego zwyczaju, by przypadki chorobowe oznaczać nazwą stanowczą, może wydawać się zbyteczne dodanie w tytule niniejszej rozprawki wyrazów: »tak zwanej«. Pragnąc uzasadnić ten dodatek, z góry nadmienić muszę, że zastrzeżenie, zawarte w tym dodatku odnosi się nie tyle do opisanego przypadku, ile wogóle do postaci chorobowej, wprowadzonej do patologii pod mianem choroby Bantiego. Takie zastrzeżenie jest konieczne, albowiem ta nowa jednostka chorobowa, jak to z rozbioru piśmiennictwa wynika, nie jest jeszcze ustalona. I jedynie przyjętym zwyczajem szablonowania należy objaśnić pomieszczenie stanowczej (bez »t. zw.«) rubryki choroby Bantiego, n. p. w jednym z najnowszych podręczników patologii szczegółowej, wydanym przez W. Jaworskiego (5). W rozdziale napisanym przez W. Piska, czytamy tam bowiem, co następuje: »Z opisu widać, że niektóre szczegóły zgadzają się w zupełności z innemi, dobrze nam znanemi chorobami. Pierwszy okres bardzo przypomina białaczkę wrzekomą *(pseudoleukaemia, anaemia splenica)*; i w drugim okresie niema swoistych objawów; jedynie okres trzeci nie odpowiada żadnej ze znanych postaci, w szczególności żadnej z postaci marskości wątroby«. Już te słowa dowodzą, że niema mowy o kategorycznych cechach tej postaci chorobowej; wiele tu jeszcze nie ustalonego, nie swoistego.

Ponieważ wyodrębnienie tej postaci chorobowej znajduje się jeszcze w okresie rozwoju, to tem bardziej nie może być stanowczym podział na okresy (który zresztą, zawsze jest w zasadzie rzeczą sztuczną). Dlatego też, właśnie mój przypadek, jako przykład konkretny, z życia wzięty, nie zastosowuje się zupełnie ściśle do tego lub innego okresu, i tylko do pewnego stopnia, gdybyśmy koniecznie chcieli schematyzować, moglibyśmy go zaliczyć do okresu pierwszego. Że schematowi, podanemu przez Bantiego, nigdy nie może ściśle odpowiadać przykład konkretny, to rzecz wcale zrozumiała; — obraz Bantiego bowiem, jak każda

postać chorobowa patologii szczegółowej, jest tylko abstrakcyą, teoretyczną zbiorową formą, a w danym razie, powtarzam, nawet jeszcze i nie ustaloną. Dobrem też tego objaśnieniem może być przypadek Goldbluma (6) (»Czasopismo lekarskie« 1903), który pisze: »Spostrzegany przezemnie przypadek niezupełnie odpowiada obrazowi klasycznych przypadków opisanych przez Bantiego; ale obraz kliniczny tej choroby został zmieniony przez badania innych autorów, głównie Senatora...« Przypadek Goldbluma tem się wyróżnia i dlatego schematowi Bantiego ściśle nie odpowiada, że obok istnienia cech znamiennych niedokrwistości, powiększenia śledziony i puchliny brzusznej, nie było marskości wątroby. Na podstawie tego albo należałoby współistnienie wymienionych objawów wydzielić jako nową postać chorobową, albo rozszerzyć pojęcie choroby Bantiego, przyjmując, że marskość zanikowa wątroby, jak to chce Senator, nie jest konieczną w przebiegu tego cierpienia. Tak też właśnie czyni Goldblum, chociaż zupełnie stanowczo nazywa swój przypadek chorobą Bantiego. Przypadek Goldbluma również ściśle nie daje się pomieścić w żadnym z trzech okresów obrazu Bantiego i chyba do pewnego tylko stopnia może być zaliczony do okresu trzeciego. Wreszcie Goldblum wypowiada zdanie, że wrzekoma białaczka śledzionowa *(pseudoleucaemia lienalis)* stanowi być może tylko pierwszy okres choroby Bantiego. Do tego wniosku dochodzi on na podstawie tego, że Senator znajdował leukopenię prawie we wszystkich ogłoszonych przypadkach choroby Bantiego i białaczki wrzekomej śledzionowej. O swojem zaś spostrzeżeniu powiada Goldblum: »Najwięcej podobieństwa cierpienie naszego chorego ma do tak zwanej *pseudoleukaemia lienalis* (i gdyby chory został zbadany wcześniej, zanim się rozwinęła puchlina brzuszna, najprawdobodobniej postawilibyśmy to właśnie rozpoznanie)«.

Na zakończenie powtórzmy, że to, co czytamy w najnowszych podręcznikach patologii szczegółowej o chorobie Bantiego, powinniśmy przyjmować *cum grano salis*, albowiem ta postać chorobowa nie przybrała dotąd ścisłych, niezaprzeczonych i stanowczych kształtów teoretycznych.

Piśmiennictwo. 1) Senator: Üb. Anaemia splenica mit Ascites. Berl. klin. Wocheus., 1901, Nr 46 — 2) Krehl: Patołohiczeskaja fiziologia, 1960, str. 134. Isdanie „Prakticzeskoj medycyny". — 3) Hirschfeld: Ueber atypische Leukamieen. Folia haematologica, 1904, Nr 3. — 4) C. Gruzdew: Boliezń Banti. Russkij Wracz, 1902, Nr 8, 9 i 10. — 5) Nauka o chorobach wewnętrznych. Wydał prof. Walery Jaworski w Krakowie. 1905, Tom III, str. 149. — 6) N. Goldblum: Przypadek choroby Bantiego. Czasopismo lekarskie, 1903, Nr 5.

O skazie moczanowej i jej leczeniu.

Napisał

Dr Józef Surzycki

b. I. asystent kliniki chorób wewn. Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy.)

Powstawanie złogów guzów dnawych *(tophi)*, jak i samej skazy rozmaicie bywa tłómaczone. Jedni twierdzą, że guzy dnawe powstają wskutek miejscowych zmian, a ogólny stan przemiany materyi niema przy tem żadnego znaczenia; drudzy znowu, że właśnie ogólne zaburzenia w przemianie materyi są przyczyną tworzenia się guzków; wreszcie inni przypuszczają z jednej strony zaburzenie w ogólnej przemianie materyi, a z drugiej jeszcze i zmiany miejscowe. Co jednak wpływa na ogólne lub miejscowe zmiany, tego także dokładnie nie wiemy, i znowu musimy się uciec do rozmaitych przypuszczeń.

I tak: Cullen przypuszcza wpływy nerwowe. Duckworth dowodzi, że nieprawidłowy skład krwi drażni ośrodki nerwowe i w ten sposób narządy pod wpływem zmienionej inerwacyi wydzielają więcej kwasu moczowego. Luff zaś przypuszcza, że cała sprawa zależy od nerek, które nie mogą wydalić kwasu moczowego, jaki w nich się wytwarza, i przez to kwas moczowy dostaje się do ogólnego obiegu i zatruwa ustrój. Ma on powstawać w nerkach z mocznika, glikogenu i związków podrodnych. Istotnie przy skazie moczanowej nerki są mniej lub więcej zajęte, a Ebstein i Nicolaier, podając królikom duże ilości mocznika, rozpuszczonego w alkaliach, wywoływali miąższowe zapalenie nerek, chociaż kamieni nie udało się im wytworzyć. Z drugiej jednak strony Zülzer udowadnia, że przy zapaleniu nerek wydzielanie kwasu moczowego nie zmniejsza się, a stosunek kwasu do zasad alloksurowych jest prawidłowy.

W. Roberts wskazuje na to, że kwas moczowy w połączeniu z sodem (Na) pojawia się w dwóch postaciach: albo jeden atom sodu na 2 drobiny kwasu moczowego, czyli t. zw. czworomoczan (Quadriurat) $C_5.\ H_3N_4O_3Na + C_5H_4N_4N_4O_3$ albo też jeden atom sodu na 1 drobinę kwasu moczowego. to jest dwumoczan (Biurat): $C_5H_3N_4O_3Na$; dwumoczan stanowi główny składnik złogów dnawych, czworomoczan zaś znajduje się we krwi i w moczu, a po odstaniu wydziela się na dnie kieliszka. We krwi lepiej rozpuszcza się czworomoczan, niż dwumoczan, w wodzie zaś czworomoczan nie rozpuszcza się wcale. Według Robertsa zmiany, jakie zachodzą we krwi, miałyby być następujące: Jeżeli spotyka się małą ilość kwasu moczowego z dużą ilością płynu alkalicznego, to kwas moczowy zabiera sód lub potas tak, że powstaje zaraz $C_5H_3N_4O_3Na$ czyli dwumoczan, ale wyższe połączenie już powstać nie może, bo gdyby nawet i powstało połączenie $C_5H_2N_4O_3Na_2$, to już kwas węglowy ze krwi zaraz by zabrał jeden atom Na i wszystko wróciłoby do dawnego stanu. Najprawdopodobniej we krwi krąży dwumoczan, bo wszelkie silniejsze połączenia byłyby przez CO_2 rozłożone.

Scudamore i Gairdner przypuszczają, że złogi dnawe tworzą się wskutek zastoju krwi żylnej. Według Zegariego tworzenie się i wydzielanie kwasu moczowego ma polegać na zmianach leukocytów i na pewnej transformacyi nukleiny i pochodnych od niej związków znajdujących się w pokarmach. Ebstein zaś sądzi, że u dotkniętych skazą moczanową istnieje jakaś nieprawidłowa właściwość jąder komórkowych, lub też protoplazmy, wskutek której następują zmiany w wytwarzaniu się nukleiny i przeróbce na kwas moczowy. Według niego nie z pożywienia, ale z nuklein ustrojowych wytwarzający się kwas moczowy stanowi przyczynę skazy. Senator znów przypuszcza, że nadmiar istot białkowatych w pokarmach przy większej ilości tłuszczu i wyskoku jest przyczyną, że się one niedostatecznie utleniają i że wskutek małego utlenienia białko nie zostaje przerobione na mocznik, lecz na kwas moczowy. Nadto według niego także i zaburzenia w trawieniu, oraz zmiany w śledzionie muszą w tem odgrywać pewną rolę, bo w pewnych postaciach białaczki, przy której kwasu moczowego tak wiele się wydziela, zmiany w śledzionie są bardzo wybitne. Według Garroda i zła czynność nerek jest przyczyną niedostatecznego wydalania kwasu moczowego, przez co krąży go więcej we krwi i osadza się w stawach. Schmoll przypuszcza, że następuje rozpad komórek, a przez to uwalniają się nukleiny i z nich powstaje kwas moczowy. Część wydzielonego kwasu moczowego powstaje przez utlenienie grupy alloksurowej. Martwicę tłómaczy on w ten sposób, że wytwory przemiany materyi, zawierające azot, gromadzą się

powoli w ustroju i jeżeli dojdą do pewnego zgęszczenia, to wywołują obumieranie tkanki.

Le Gendre przypuszcza zaburzenia czynnościowe układu nerwowego, za czem idą zaburzenia odżywiania komórek. Wskutek tego wytwarzanie i wydzielanie szkodliwych związków, powstałych przy przemianie materyi, odbywa się nieprawidłowo, a stąd rozwija się powolne przepełnienie ustroju tymi szkodliwymi związkami. Według Le Gendra i Duckwortha tworzy się kwas moczowy syntetycznie w nerce (XIII. Zjazd międzynarodowy w Paryżu) skąd wskutek niedokładnej ich czynności lub głębszych zmian chorobowych wydzielanie jest utrudnione. Wogóle jakaś nić niewyjaśnionych dotąd związków ciągnie się pomiędzy skazą, a stanem nerek. Lewison podnosi, że we wszystkich przypadkach dny, w których znajdowano złogi w stawach, stwierdzano przy sekcyi marskość nerek *(Granularatrophie)*. Odwrotnie, o ile znajdowano zmiany w nerkach, to napewno i w stawach były złogi. W innych zaś 30 sekcyach, gdzie były wprawdzie zmiany w nerkach, ale nie w postaci marskości, tam nie znaleziono też żadnych zmian w stawach. Z tego Lewison wnosi, że marskość nerki nie jest zwykłą towarzyszką dny, lecz że stanowi konieczny warunek rozwinięcia się dny stawów. Jaksch stwierdzał przy marskości nerki znacznie zwiększoną ilość kwasu moczowego we krwi, a ponieważ przy tem cierpieniu niema zwiększonej leukocytozy i zwiększonego wytwarzania kwasu moczowego, więc to zwiększenie jego ilości we krwi powstaje na drodze zatrzymania, niedostatecznego wydzielenia przez nerki wskutek zaburzeń w samej filtracyi.

Virchow opisuje przypadki, w których znajdował w kanalikach prostych nerek złogi kwasu moczowego, a równocześnie już i w istocie korowej były zmiany; uważa on za możliwe zapalenie nerek na tle skazy moczanowej bez zmian w stawach, ale nie przypuszcza możliwości zmian w stawie bez marskości nerek. Podobnież i Ebstein widział złogi kwasu moczowego w krętych i prostych kanalikach nerki. W kilku jego przypadkach była nawet obok marskości nerek kamica *(lithiasis)*. Zresztą i Ebstein podnosi, że tworzenie się piasku w nerkach jeszcze nie dowodzi skazy moczanowej, potwierdza to wiele sekcyi, przy których żadnych zmian w stawach nie znaleziono, chociaż były złogi w nerkach.

Natomiast C. Lange utrzymuje, że stałego związku skazy moczanowej z chorobą nerek niema, a twierdzenie to opiera na swoich spostrzeżeniach klinicznych, na sekcyach, oraz na tem, że skaza moczanowa jest przedewszystkiem chorobą dziedziczną, a w chorobach nerkowych dziedziczność nie gra takiej roli.

Według Freudweilera żadna z tych teoryi nie da się pogodzić z wynikami jego doświadczeń. Zdaniem jego jeżeli tworzą się złogi, to równocześnie musi być zwiększenie kwasu moczowego w sokach ustrojowych. Stanowczo więc trzeba przyjąć, i tak twierdzi Freudweiler, że we krwi dotkniętych skazą moczanową krąży więcej kwasu moczowego, niżby to odpowiadało normie. Dalej sądzi, że wskutek przesycenia kwasem moczowym, ustrój łatwiej ulega miejscowym zapaleniom. Gdy przez nadmiar pożywienia lub picia następuje przesycenie ustroju kwasem moczowym, to wtedy wydziela się kwas moczowy do tkanek, poczem następuje zapalenie, a nawet martwica. Przez to jednak oswobadza się ustrój od pewnej części kwasu moczowego i znowu ma trochę spokoju, dopóki się cała ta sprawa na nowo nie powtórzy.

Mojem zdaniem niepodobna w skazie moczanowej zaprzeczyć wpływu dziedziczności, która nietylko w tej, ale i w tylu innych chorobach gra tak wybitną rolę. Jednak sama dziedziczność nie tłómaczyłaby nam tak ogromnego zwiększenia się w ostatnich latach częstości dny w rozmaitych warstwach ludności, przeważnie jednak w kołach inteligencyi. Z tem w parze idzie i znaczny przyrost chorób nerwowych i umysłowych, co jest wynikiem przeciążenia pracą, wysiłków w studyach, bezsennych nocy w służbie, zajęć, wymagających wytężonej, a nieregularnej pracy, przejść moralnych, troski o codzienny chleb, który coraz trudniej każdemu zdobyć.

Od dawna zastanawiałem się nad istotą dny i obserwując nieraz latami całemi chorych na dnę, doszedłem do przekonania na podstawie różnych objawów, że skaza moczanowa polega przedewszystkiem na zboczeniach w układzie nerwowym, które czasami dają się nawet ściśle określić, czasami zaś pojawiają się w postaci mniej typowych nerwic lub zaburzeń odżywiania. U osób takich, nieraz na lata jeszcze wcześniej, nim wystąpią pierwsze objawy dny, spotykamy z jednej strony objawy neurasteniczne, bole głowy, ból głowy połowiczy (migrenę), zaburzenia w zakresie krążenia krwi, najczęściej przypady sercowe, u kobiet zaburzenia w sferze płciowej, u mężczyzn zmazy nocne, niezdolność płciową, lub też nieprawidłowe podrażnienie płciowe. Jako dalszy okres, rzadziej w początkach, spotykamy zboczenia w narządzie trawienia, zwłaszcza w czynnościach żołądka, przyczem przeważają zmiany wydzielnicze, najczęściej nadmierne wydzielanie soku żołądkowego ze znaczną ilością kwasu solnego, a co za tem idzie, cały szereg zmian, wypływających z tego stanu, a nieraz kończących się wrzodem żołądka. (Ewald: Klinik der Verdauungskrankheiten, str. 370).

Według Jaworskiego pojawiają się przy dnie osobne, znamienne przypady żołądkowe. Pisze on: Zboczenie to może być jedynym objawem, pod którym się dna ukrywa. W przypadkach dny choroba w swoich początkach polegała przez dłuższy czas tylko na zboczeniach dyspeptycznych, niesmaku, odbijaniu, braku łaknienia, uczuciu palenia, gniecenia lub też bolu w okolicy żołądka, zgadze, a nawet wymiotowaniu, przyczem istniało zajęcie głowy i ogólne znużenie. Chorzy bywają leczeni z powodu nieżytu żołądka lub hipochondryi, aż dopiero napad dny i pokazanie się dużej ilości moczanów w moczu wykazało prawdziwą przyczynę. U innych zaś bywały bole w palcach i w stawach, jednak krótkotrwałe i nieznaczne tak, że chorzy nie zwrócili na to uwagi. Po takich napadach rozwinęły się przypadłości żołądkowe tak, jak wyżej. Stanowczo nie możemy stwierdzić, czy w niestrawności dnawej jest zwiększone wydzielanie HCl, ale doświadczenia Bouvereta przemawiają za tem. Oczywiście leczenie wymaga dyety, jak przy skazie moczanowej, i wód alkalicznych. W mojej praktyce zdarzało mi się dość często spotykać chorych bardzo nerwowych, u których w pierwszym okresie znajdowało się tylko zwiększoną ilość moczanów i ciężar właściwy wyższy, a badanie ilościowe zawsze stwierdzało znaczne zwiększenie ilości kwasu moczowego, ale i to występujące okresami. Następnie już stan stawał się coraz wyraźniejszym, objawy dny występowały wybitniej, a obok tego dochodziło do zaburzeń w wydzielaniu kwasu solnego, nawet do sokotoku żołądkowego, czasem zaś, a mam takich przypadków 3, wywiązywała się zwykła cukrzyca (u Fr. Dr. Mos.; z tych 3 przypadków 2 skończyły się śmiercią, a u Mos. raz się pokazuje nadmierne wydzielanie kwasu moczowego a brak cukru, to znowu kwasu moczowego niema, a cukier dochodzi do 1 lub 2%). (C. d. n.)

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Beitzke. **W sprawie powstawania pylicy węglowej płuc.** (*Virchows Archiv* 1907, T. 187, Z. 1). Po pracach Arnolda z r. 1885 sprawa pylicy węglowej płuc zdawała się ostatecznie załatwioną, w ostatnich jednak czasach zajęto się nią ponownie bardzo gorliwie ze względu zwłaszcza na to, iż zdaje się ona rzucać światło na sprawę wrót zakażenia gruźliczego. Zwłaszcza praca Calmettea, Vansteerberghea i Gryseza z r. 1905 narobiły wielkiej wrzawy, ponieważ autorowie ci na podstawie doświadczeń na zwierzętach twierdzili, iż pylica węglowa płuc powstaje

nie przez wdychanie pyłu węglowego, lecz drogą przewodu pokarmowego. Niejednokrotnie już powoływano się na tę pracę, jako na jeden z dowodów na to, że gruźlica płuc powstaje również nie przez wdychanie prątków gruźliczych, lecz przez zakażenie ustroju drogą przewodu pokarmowego. Przeciw twierdzeniom Calmettea, Vansteerberghea i Gryseza wystąpili niedawno Aschoff, Schultze, Mironesco, obecnie zaś Beitzke wykonał cały szereg najrozmaitszych doświadczeń na zwierzętach (wstrzykiwania tuszu do jamy brzusznej, karmienie sadzami w zwykły sposób, zgłębnikiem, lub przez przetokę żołądkową, przecinanie przełyku i osadzanie zwierzęcia do przestrzeni z rozpylonemi sadzami, zamykanie watą jednego z pni oskrzelowych zwierzęcia i osadzanie go w klatce z rozpylonemi sadzami) i doszedł do wniosku, iż twierdzenia Calmettea, Vansterberghea i Gryseza są najzupełniej błędne i że dawniejsza teorya Arnolda pozostaje i nadal nienaruszoną. *Gliński.*

E. Zębrowski. **Wpływ dymu tytoniowego na naczynia krwionośne u zwierząt (doniesienie tymczasowe).** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 6). Autor wykonał na 40 królikach doświadczenia w ten sposób, że jedna grupa królików wdychała dym tytoniu, drugiej grupie wstrzykiwano do żył wyciąg dymu »machorki« (lichy gatunek tytoniu, w użyciu u prostego ludu w Rosyi), trzeciej takiż wyciąg, lecz z tytoniu lepszego gatunku, czwartej 0,5 prc. rozczyn nikotyny, piątej inne składowe części dymu tytoniowego, szóstej adrenalinę (1: 1000); siódma grupa służyła do porównań. U 4 królików drugiej grupy, u 3 — czwartej powstały duże zmiany miażdżycowe. Praca jeszcze nieukończona, lecz z jej dotychczasowych wyników widać, że w dymie tytoniowym zawierają się substancye, łatwo rozpuszczające się we wodzie, które mogą wywoływać znaczne zmiany w ścianach naczyń krwionośnych. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Luigi d'Amato. **Doświadczalnie wywołane ze strony przewodu pokarmowego zmiany w wątrobie i w innych narządach jamy brzusznej.** (*Virchows Archiv* 1907, T. 187, Z. 3). Według przyjętego w nauce zapatrywania pod wpływem działania rozmaitych ciał, jużto wprowadzonych, już też wytworzonych w przewodzie pokarmowym, rozwijają się u człowieka rozmaite postacie marskości wątroby; do takich ciał zaliczamy zwłaszcza wyskok i rozmaite produkty gnilne. Celem wyświetlenia działania tych ciał na wątrobę i narządy jamy brzusznej wykonał autor szereg doświadczeń na psach i królikach, karmiąc je przez dłuższy czas (do 5 miesięcy i 20 dni) jednem z następujących ciał: 1) mieszanina wyskoku etylowego z amylowym, 2) kwas masłowy, 3) produkty gnicia mięsa. Doszedł ostatecznie do następujących wniosków: 1) Pod wpływem podawania produktów gnilnych mięsa występują w wątrobie karmionych nimi zwierząt mniej lub więcej znaczne zmiany (przekrwienie, wylewy krwi, martwica i stłuszczenie komórek wątrobnych, nieznaczny rozrost tkanki śródmiąższowej), nigdy jednak nie powstają zmiany, cechujące mikroskopowo marskość wątroby u człowieka. 2) Kwas masłowy po dłuższem podawaniu wywołuje w wątrobie królików zmiany raczej miąższowe, niż śródmiąższowe (wbrew twierdzeniu Boix), wobec czego dotychczas niepodobna mówić o marskości wątroby, wywołanej doświadczalnie przez kwas masłowy lub produkty gnicia mięsa. 3) Mieszanina wyskoku etylowego i amylowego przy dłuższem stosowaniu wywołuje w wątrobie zwierząt zmiany zarówno miąższowe, jak i śródmiąższowe, których jednak niepodobna zaliczyć do żadnego ze znanych typów marskości wątroby, spotykanych u człowieka. 4) Wszystkie wymienione ciała działają szkodliwie nietylko na wątrobę, lecz także i na inne narządy jamy brzusznej, niekiedy zaś także i na narząd krążenia. 5) Na podstawie tego sądzi autor, iż u człowieka zmiany w rozmaitych narządach przy marskości wątroby są zależne od czynnika, wywołującego marskość wątroby; innemi słowy marskość wątroby jest tylko wyrazem schorzenia, dotykającego jednocześnie i niektóre inne narządy. *Gliński.*

Ribbert. **Ludzkie komórki, jako pasorzyty.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 9, 1907). Pasorzyty (twory żyjące, wkraczające do ustroju od zewnątrz), dostawać się mogą do ustroju nietylko w życiu pozapłodowem, ale i w życiu płodowem, a nawet przechodzić z generacyi na generacyę. Pasorzyty rozmnażają się samodzielnie. Ciałka białe mają wiele cech pasorzytów, ale brakuje im właśnie cechy rozmnażania się samodzielnego i dowolnego, dlatego też nie zalewają one ustroju i nie niszczą jego tkanek. W niektórych jednak chorobach ciałka białe rozmnażają się swobodnie i wtedy właściwie od pasorzytów zasadniczej różnicy niema. Sprawy te przypominają żywo nowotwory: należy do nich przedewszystkiem białaczka, tak że chorobę tę uważać można za nowotwór z własnych komórek ustroju, jako pasorzytów. Jeżeli samo przeniesienie komórek może wywołać nowotwór, to same komórki muszą być pasorzytami. Nowotwór nie zużywa, jak się mylnie sądzi, otoczenia na swą budowę, nie zmienia okolicznych komórek, ale rośnie sam z siebie. Przyczyną więc nowotworów są komórki, bujające niejako pasorzytnie. *Klęsk.*

Doc. Czujewski. **Sposób prędkiego uzyskiwania czystej hemoglobiny.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 5). Odwłókniony i odstałą w zimnem miejscu krew konia lub psa rozcieńcza się 5—10-krotnie zimnym fizyologicznym rozczynem soli, osadza się z niej zapomocą silnej wirownicy ciałka czerwone, rozpuszcza je jaknajmniejszą ilością wody przekroplonej o 40° C., ciepły jeszcze rozczyn sączy przez lejek Buchnera, zamraża się go w cienkościennej szklance, ciągle kłócąc, następnie zaraz znów zapomocą wirownicy dzieli się zamrożony rozczyn na 3 warstwy: górną (lodową) usuwa się; średnią (rozczyn oksyhemoglobiny) odlewa, by potem znowu zamrozić, osadzić w wirówce i t. d.; dolną, złożoną z czystych kryształków oksyhemoglobiny, zbiera się i suszy zapomocą wirownicy w naczyńkach, ustawionych dnem do środka, a na zewnątrz otworem, który się zakrywa gęstą materyą jedwabną i korkiem z papieru do filtrowania. Przy obracaniu wirówki płyn wsiąka w ten korek, a kryształki OHb gromadzą się na jedwabiu; dosusza się je nad kwasem siarkowym. W ten sposób w ciągu 4—6 godzin można uzyskać znaczną ilość kryształków drobnych, ale prawidłowych, czystej OHb. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Medycyna wewnętrzna.

Mayer. **W sprawie leczenia choroby Basedowa surowicą.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 49, 1906). Przypadek M. dotyczy 23-letniej dziewczyny z wybitnymi objawami choroby Basedowa. Chora zażywała początkowo 3 razy dziennie po 10 kropel surowicy Möbiusa, poczem zwiększano stopniowo dawkę o 5 kropel, aż do 30 kropel dziennie. Już po 4 dniach, a więc po zażyciu niespełna 4 ctm.³ surowicy, nastąpiła wybitna poprawa: tętno, stan gałek ocznych i wielkość gruczołu tarczowego zmieniły się na korzyść. Wogóle użyto 20 ctm.³ surowicy. *Pisek* (Kraków-Podgórze).

Wagner v. Jauregg. **Drugie doniesienie o leczeniu nagminnego matołectwa substancyą gruczołu tarczowego.** (*Wiener klin. Wochs.* Nr 2, 1907). Leczenie matołectwa gruczołem tarczowym daje autorowi znakomite wyniki. Wynik tem lepszy, im osobnik młodszy. O ile niema jeszcze upośledzenia słuchu, może nastąpić nawet zupełne wyleczenie. Niektóre, zwłaszcza wrodzone przypadki opierają się jednak leczeniu, choć i tu chwilową poprawę słuchu osiągnąć można. *Klęsk.*

Urano. **O wpływie kreozotu na przemianę materyi białkowych.** (*Allg. med. Centr. Ztg.* 1907, Nr 3). Bickel i Pincussohn stwierdzili, że ustrój zwierząt pod wpływem większych dawek kreozotu zatrzymuje N. Z wykonanych przez U. systematycznych doświadczeń na psie wynika, że podawanie kreozotu przy pożywieniu czysto białkowem wywołuje osadzanie się białka obok zużywania się tłuszczu i ubytku wagi ciała. Po podawaniu kreozotu zmniejsza się głównie wydzielanie N. w kale, co przemawiałoby również za lepszem wyzyskaniem wprowadzanego białka. Ze względu na używanie kreozotu w leczeniu suchot, zasługują badania U. także na uwagę lekarzy praktycznych. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Abelman. **W sprawie wchłaniania tłuszczów przy żółtaczce.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr 52). Na 2 dzieciach, chorych na prostą ostrą żółtaczkę, badał A. wpływ żółtaczki na wchłanianie tłuszczów. W tym celu podawano 500—750—1300 sz. ctm. mleka ze ściśle określoną ilością tłuszczu i badano ilość tłuszczów w stolcach. Mimo braku żółci w jelitach wchłaniało się 87—94 prc. tłuszczu. Dalsze doświadczenia wyjaśnią, jak wchłaniają się tłuszcze, jeżeli zwiększyć ich ilość, ale już na podstawie tych doświadczeń można powiedzieć, że w dyecie chorych na żółtaczkę nie należy unikać tłuszczów. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Brodzki (Cudowa). **Badania i doświadczenia kliniczne z chlebem „liton", nowem pieczywem dla chorych na cukrzycę.** (*Berl. klin. Wochs.* Nr 4, 1907). Używane dotychczas pieczywa dla chorych na cukrzycę są bardzo niepewne co do zawartości węglowodanów. Większość zbliża się pod tym względem mniej więcej do chleba Grahama i Pumpernikla, które zawierają, jak wiadomo, do 45 prc. węglowodanów. Starając się wytworzyć pieczywo odpowiedniejsze, należy mieć na oku nietylko to, by zawierało ono jaknajmniej węglowodanów, ale, co niemniej ważne, by miało naturalny smak chleba. Z tego po-

wodu B. razem z doc. Bergellem powrócili do zasady, ażeby przy pieczeniu chleba, mało zawierającego węglowodanów, używać tylko takich części składowych, które zawarte są w ziarnach zbożowych. Na tej głównie zasadzie opiera się wyrób chleba »liton«. Składa on się z glutenu pszenicznego, t. j. z glidinu dra Klopfera i substancyi, uzyskanej z odosobnionych zarodków żytnych, którą się zapomocą namoku słodowego pozbawia większej części węglowodanów. Białko glutenowe ułatwia pieczenie i daje czysty smak chleba. Substancya, uzyskana z zarodków żytnych, odgrywa rolę środka kiśniejącego w miejsce brakującej skrobi. Chleb »liton« fabrykuje się ze stałą zawartością 3 prc. i 10 prc. węglowodanów. Badania kliniczne w 18 przypadkach stwierdziły, że chorzy chleb ten chętnie jedzą i że zastępuje on im zupełnie chleb zwykły. Nawet dawki do 200 gr. dziennie bez i z dodatkiem pewnej ilości innych węglowodanów nie wpływały niekorzystnie na ilość wydzielonego w moczu cukru. (*Streszczenie własne*).

W. Moraczewski. **O lewulozuryi.** (*Tyg. lek.* 1907, Nr 8). Autor opisuje 2 przypadki cukrzycy u osób młodych (18-l.). W jednym po zastosowaniu dyety bezwęglowodanowej cukier zniknął i nie powrócił pomimo podawania cukru gronowego, trzcinowego i lewozwrotnego, w drugim wydzielanie cukru zmniejszyło się wprawdzie, ale po podaniu cukru gronowego, lewulozy Scheringa i glikogenu Clina zauważył M. wzrost ilości lewozwrotnego cukru. Według M. istnieją trzy różne stopnie lewulozuryi: 1) ilość lewulozy nie powiększa się wcale pod wpływem dyety; 2) powiększa się tylko pod wpływem lewulozy; 3) powiększa się po spożyciu każdego rodzaju węglowodanów. Lewulozurye napotykalibyśmy częściej, gdyby przy każdem badaniu cukrzycy porównywano ilość cukru, otrzymaną przez odtlenienie, z ilością, oznaczoną polarymetrem. *Dr Blassberg.*

Doc. Słowcow. **Rozpoznawcze znaczenie indykanuryi.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 7). Autor rozróżnia 3 rodzaje indykanuryi: 1) jelitową, 2) ropną przy różnego rodzaju ropnych sprawach w ustroju i 3) przy chorobach przemiany materyi. Przy jelitowej indykanuryi najwięcej indykanu w moczu zjawia się w 4—5 godz. po jedzeniu, przy ropnej wydzielanie się indykanu w moczu idzie równomiernie w ciągu dnia i równolegle z gorączką, a więc szczytu dosięga wieczorem, przy chorobach przemiany materyi wydzielanie idzie cały czas równomiernie. Pod wpływem dyety mlecznej (kwaśne mleko) indykanurya jelitowa i powstała wskutek zboczeń przemiany znacznie się zmniejszają, ropna nie zmienia się wcale. Azotan bismutu (*magist. bismuthi*) zmniejsza indykanuryę jelitową, a nie wpływa wcale na oba inne jej rodzaje. Wody alkaliczne zwiększają indykanuryę jelitową, nie wpływają na ropną i zmniejszają indykanuryę przy chorobach przemiany materyi. Rozcięcie ropnia znacznie zmniejsza ropną indykanuryę, a nie wpływa na jelitową i przemianową. Autor zachęca do określania ilości indykanu w moczu, gdyż znając własności każdej postaci indykanuryi, można przez to niekiedy ułatwić sobie rozpoznanie w trudnych i zawikłanych przypadkach. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

A. Sézary. **O otyłości bolesnej.** (*Revue de medecine* 1907, Nr 1). W 4 przypadkach tak zwanej choroby Dercuma, spostrzeganych przez S., były 4 znamienne objawy tego cierpienia, to jest: otyłość o zwyczajnem przeważnie rozmieszczeniu, bole, osłabienie i zaburzenia psychiczne. Rozmieszczenie tłuszczu było rozlane lub ogniskowe i zmieniało się u chorych w różnych czasach. Wszystkie 4 przypadki dotyczyły kobiet. Autor zauważył ciekawe zjawisko łatwego występowania wybroczyn po nieznacznym nawet ucisku. Zaburzenia psychiczne objawiały się jako ubytek pamięci lub usposobienie melancholijne. Badanie elektryczne stwierdziło prawidłowy stan narządu ruchowego. Stan krwi prawidłowy. W moczu stwierdzono znaczną ilość indoksylu i skatolu. *Dr Blassberg.*

A. Alpar. **Jod-Fersan.** (*Allg. W. med. Ztg.* LII, Nr 8, 1907). Autor stosował jod-fersan w ambulatoryum dla dzieci w poliklinice peszteńskiej (Prym. dr Brück) i na podstawie swych doświadczeń dochodzi do wniosku, że jodfersanowe kołaczyki dla dzieci odznaczają się miłym smakiem, łatwem dawkowaniem i łatwą wessalnością. Jodfersan nie psuje apetytu (jak syr. ferri jodat. lub ol. jecoris), lecz przeciwnie podnieca stale apetyt, poprawia odżywienie i nie wywołuje biegunki, ani zaparcia. Podawano 2—5 kołaczyków dziennie, stosownie do wskazania. Dzieci zażywały chętnie kołaczyki i znosiły je dobrze. Szczególne wskazanie stanowią krzywica i zołzy. *Ms.*

Neurologia.

Lortat. **W sprawie dyety pozbawionej chlorków przy padaczce u dzieci.** (*Revue de méd.* 1907, Nr 1). Dyeta bez chlorków może być, jak się autor przekonał, przez dwa lata stosowana przy równoczesnem podawaniu bromu, bez szkody dla chorego, bez żadnych objawów zatrucia bromem lub zaburzeń umysłowych. Przeciwnie autor zauważył wybitny przybytek na wadze, którego nie można odnieść wyłącznie do zmniejszenia się liczby napadów padaczkowych. L. proponuje stosowanie tej dyety obok bromu w pokrewnych chorobach, gdzie chcemy wywołać przybytek wagi, np. w neurastenii. L. zauważył nowe zjawisko, dotąd nieznane, mianowicie nagłe zwiększanie się chlorków, t. zw. »hyperchlorurie d'alarme«, poprzedzające na 3 dni ostre zakażenie i gorączkę. Byłoby to ważnym szczegółem rozpoznawczym w okresie wylęgania się chorób zakaźnych. *Dr Blassberg.*

Bleibtreu. **Pozorna warga olbrzymia** (*makrochilia*) **w przebiegu histeryi.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 6). Przykurczenia, nierzadkie w przebiegu histeryi, dotyczą zazwyczaj kończyn, mięśni twarzy b. rzadko. W ciekawym przypadku autora przykurczenie to dotyczyło dźwigacza wargi górnej i m. bródkowego, odwijając obie wargi i sprawiając wrażenie obrzęku. Znieczulenie połowicze naprowadziło rozpoznanie na właściwe tory. *Dr M. Godlewski.*

Ch. Feré. **Strach, a wybuch płciowy.** (*Revue de méd.* 1907, Nr 1). W przeciwieństwie do ekshibicyonistów, u których publiczne obnażanie części płciowych jest celem samym w sobie, chorzy, badani przez autora, szukali miejsc publicznych ze względu na silne ryzyko, wzruszenie i strach, które stanowiły u nich podnietę, wywołującą rozkosz płciową. Nieraz w takich przypadkach poprzedzone jest podniecenie płciowe przez migrenę. W innych przypadkach stanowić mogą taką podnietę silne zmartwienia, jak n. p. śmierć drogich osób, albo strach i trwoga, ryzykowna gra hazardowa, niebezpieczne ćwiczenia gimnastyczne i ból. Zwłaszcza kolejność i pokrewieństwo bolu z popędem płciowym napotykał F. dość często w swoich spostrzeżeniach. *Dr Blassberg.*

Frankenhauser. **Nakłucie lędźwiowe u obłąkanych.** (*Corr. Bl. f. schw. Ärzte* 1907, Nr 2). Znaczenie rozpoznawcze nakłucia lędźwiowego określono w ostatnich 2 latach dość ściśle. Wynik dodatni, t. j. wzrost liczby limfocytów spotyka się: 1) po przebyciu kiły, 2) we wszystkich przypadkach porażenia postępującego; wyniki ujemne we wszystkich postaciach obłąkania opilczego, w zniedołężnieniu starczem, przedwczesnem i w padaczce. Ilość białka w cieczy mózgowordzeniowej idzie z limfocytozą naogół równolegle, ale niezupełnie; znaczenie jej jest podobne, jak limfocytozy, ale mniej pewne. Wartość rozpoznawcza nakłucia lędźwiowego polega na tem, że pozwala ono odgraniczyć porażenie postępujące i zmiany na tle kiły z jednej strony, od obłąkania opilczego, zniedołężnienia przedwczesnego i padaczki z drugiej. Wielką zaletą zabiegu tego jest to, iż nie jest niebezpieczny i że go można wykonać i poza zakładem. Zdaniem F. należy nakłucie lędźwiowe rozpoznawcze wykonać w każdym przypadku, w którym przypuszcza się porażenie postępujące. Pamiętać jednak należy, że limfocytoza cieczy mózgowordzeniowej nie jest w tem cierpieniu objawem swoistym, lecz tylko jednym z objawów, niewątpliwie ważnym, niemniej wymagającym krytycznego rozbioru.

Dr M. Lauterbach (Wiedeń).

Ohm. **Nieco o znaczeniu rozpoznawczem krwi i limfocytozy w cieczy mózgowordzeniowej.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 42, 1906). Główną przyczyną pojawiania się krwi w cieczy mózgowordzeniowej są przedewszystkiem krwotoki mózgowe, powstałe czyto z powodu pęknięcia tętniaków, czy też naczynia, a przebijające do komór lub na powierzchnię mózgu w obręb opon, dalej krwotoki w obrębie opon rdzeniowych wskutek np. złamania kręgu lub urazowego zmiażdżenia rdzenia. Wreszcie, choć tego jeszcze stanowczo nie stwierdzono, wybroczynowe zapalenie opony twardej. Prócz tego krew dostać się może do cieczy mózgowordzeniowej podczas samego nakłucia lędźwiowego, wskutek przypadkowego nakłucia żyły, lecz w takim razie pochodzenie krwi określić łatwo na podstawie barwy mętnej, nierównomiernego zabarwienia płynu, zdolności krzepnięcia, cech, jakiemi odznacza się krew, która dostała się do cieczy mózgowordzeniowej sztucznie. Bardzo często jedynie tylko nakłucie lędźw. rozstrzyga o istnieniu śródczaszkowego tętniaka w przypadkach, w których rozpoznanie waha się między nim a guzem, mogącym wywoływać zupełnie zresztą podobne objawy mózgowe, jak tętniak. Tak n. p. zapomocą nakłucia lędźwiowego zdołano w przypadku, spostrzeganym przez autora, wyłączyć nowotwór, a rozpoznać pęknięcie tętniaka w moście Varola. — Co się tyczy limfocytozy, to pojawienie się obfitej ilości

limfocytów w cieczy mózgowordzeniowej powinno zawsze zwrócić uwagę na możliwość sprawy kiłowej, toczącej się w ośrodkowym układzie nerwowym, głównie w tych razach, w których objawy mózgowe są niewyraźne. Limfocytoza jest prawie znamienną właśnie dla tych spraw tak, że często następowo zastosowane leczenie przeciwkiłowe potwierdza słuszność przypuszczenia, opartego na stwierdzeniu limfocytozy. Podobnie też na mocy limfocytozy w cieczy mózgowordzeniowej można, zdaniem autora, wyrokować o wiądowej przyrodzie napadów żołądkowych (*crises gastricae*) już we wczesnych okresach wiądu, gdy niema jeszcze innych znamiennych tej choroby objawów. *Nowaczyński.*

Riebold. **Surowicze zapalenie opon mózgowych.** (*Deutsche med. Wochs.* 1906, Nr 46). Choroba ta, w roku 1844 opisana po raz pierwszy przez Bartheza i Rillieta, zawdzięcza Billrothowi swą nazwę. Boenninghaus (1897) zestawił z piśmiennictwa 28 przypadków tej choroby, z których R. odlicza 12, jako tu nie należące. Zmiany anatomiczne cechują się przekrwieniem opon miękkich mózgu, czasem i wybroczynami, nacieczeniem opon ciałkami białemi i wysiękiem surowiczym, rzadko surowiczo-krwawym. Sprawa zapalna przechodzi czasem i na tkankę mózgową. Powikłanie to autor przypuszcza w swoim przypadku trzecim, gdzie wystąpiło nagłe porażenie nerwu okoruchowego, trwające około miesiąca; mogło ono jednak być również skutkiem wybroczyny. W trzech pierwszych przypadkach Riebolda występuje zapalenie surowicze opon jako samoistna choroba zakaźna. Niejednokrotnie zauważano zapalenie opon surowicze w przebiegu rozmaitych chorób zakaźnych; tu należy spostrzegany przez R. w przebiegu odry przypadek 4., w przebiegu duru przypadki 8., 9., 11., 12., 13., w przebiegu zapalenia płuc włóknikowego 7., dalej przypadki w przebiegu grypy, gruźlicy. Częste ma być zapalenie opon surowicze w przebiegu ropnego zapalenia ucha środkowego (przyp. 5. i 6.). Pewną rolę etyologiczną mają grać także wpływy toksyczne, np. przy zaparciu stolca, przy miesiączce. Płyn mózgowordzeniowy w surowiczem zapaleniu opon (nakłucie lędźwiowe), badany bakteryologicznie, okazywał się zawsze jałowy. Być więc może, że podstawą zmian opon jest działanie tylko toksyczne; za tem przemawiają przemijające objawy mózgowe w przebiegu gruźlicy narządów wewnętrznych. Początek choroby jest ostry. Niebezpieczeństwo jej polega na wzmożonem ciśnieniu śródczaszkowem i możliwości wytworzenia się wodogłowia wewnętrznego przewlekłego. Pierwsze niebezpieczeństwo usuwa nakłucie lędźwiowe. (W 2 przypadkach (4. i 6.). R. nakłucia nie wykonał). W razie potrzeby należy nakłucie lędźwiowe powtórzyć i tak w jednym przypadku wykonano 3 nakłucia, w innym 7. Prócz tego poleca R. stawianie pijawek, wcieranie szaruchy, pędzlowanie nalewką jodową, pryszczydła, podawanie salicylu. R. przypuszcza, iż zapalenie opon surowicze nie jest chorobą tak rzadką, za jaką je uważamy, że je często można przeoczyć w przebiegu chorób ostrych zakaźnych z przemijającymi objawami mózgowymi. Choroba ta zawsze ostro się zaczyna i zwykle szybko się kończy, rzadziej przybiera przebieg przewlekły. Objawia się wtedy silnymi bolami głowy, przygnębieniem i usposobieniem lękliwem. Tu zaliczyćby można 10. przypadek autora, trwający 3 miesiące. — Wszystkie 13 przypadków autora skończyły się zupełnem wyzdrowieniem. *Dr W. Skórczewski.*

Prof. Anschütz. **Z chirurgii guzów móżdżku.** (*Allg. med. Ctrl. Ztg.* 1906, Nr 51). W przypadku autora rozpoznawano guz móżdżku na podstawie następujących objawów: niedowład połowiczy (*hemiasthenia*) bez kurczów, silne bole głowy, zawroty nawet przy leżeniu, układanie się chorego zawsze w jednem położeniu. Przy operacyi zbadano naprzód lewą półkulę móżdżku, a gdy w niej nic nie znaleziono, otwarto prawą półkulę, z której wydobyto dość twardy guz wielkości orzecha. Chory wyzdrowiał, a pomimo operacyi na obu półkulach móżdżku i utraty części móżdżku, która wypadła z rany i musiała być odciętą, nie miał potem żadnych przypadów chorobowych.

Dr M. Lauterbach (Wiedeń).

P. Pręgowski. **W sprawie nasennego działania ogrzanych łóżek.** (*Nowiny lekarskie* 1906, Nr 11). Doświadczenia autora, przedsięwzięte z 7 osobami w celu stwierdzenia, czy ogrzane łóżka działają nasennie, dają odpowiedź twierdzącą. Drzemka w ciągu dnia, w powyższy sposób wywołana, działała korzystnie na ustrój, zwłaszcza u osób osłabionych i ozdrowieńców po ciężkich chorobach. Przy zbyt wielkiem ogrzaniu łóżka działanie było z powodu potów, bolów głowy i rozdrażnienia ujemne. W doświadczeniach tych łóżko ogrzewane było zapomocą gorącej pary wodnej, przeprowadzonej z ogólnych przewodów zakładu (terapii fizykalnej prof. Riedera), przez pogiętą, 1 ctm. grubą rurę miedzianą, ułożoną w odpowiedniem przykryciu na materacach łóżka. Autor nie mógł wykonać doświadczeń porównawczych co do snu na ogrzanem i nieogrzanem łóżku i przy równych zresztą warunkach. Nasenne działanie ogrzanych łóżek nie może być uważane za ściśle udowodnione, jednak doświadczenia autora czynią je bardzo prawdopodobnem. *Dr Blassberg.*

Sacher Masoch i Masochizm.

Szkic literacko-psychiatryczny według collegium publicum.

Skreślił

Prof. Dr L. Wachholz.

(Ciąg dalszy.)

Typy stworzone przez Sacher-Masocha są więc patologiczne tak samo, jak typy Sadea, ucieleśnione pod postaciami Bressaca, Rodina, de Bandolea, mnichów Severino, Jérômea (»Justine«), Noirceuila, Saint-Fonda (»Juliette«), książąt Blangis, Durceta, de Curvala (»Les 120 journées de Sodom«) i t. d., których nikt nie mógłby nazwać prawidłowymi. Wspomniawszy już de Sadea, nie podobna się obronić nasuwającej się myśli o pewnem powinowactwie, jakie zachodzi między nim, a Sacher-Masochem. Z góry przecież należy się zastrzedz, że w kierunku artystycznym nie mogą obaj ze sobą iść w porównanie, gdyż Sacher-Masoch jest niewątpliwie artystą, de Sade tylko pornografem. Powinowactwo ich polega z jednej strony na ustawicznem poruszaniu w swych utworach zagadnień płciowych i stwarzaniu typów zasadniczych, a sobie właściwych, z drugiej zaś strony na wprowadzaniu także i odmiennych niż zasadnicze, niemniej patologicznych postaci pod względem płciowym. W tym kierunku wyższym jest znowu de Sade, bo stworzył on w swym niedawno przez E. Dührena[43]) odkrytym rękopisie »120 dni Sodomy« właściwie pierwszy podręcznik psychopatyi seksualnej.

Już w poprzednich rozdziałach wspomniałem o kilku postaciach utworów Sacher-Masocha, które od jego zasadniczego typu odbiegają, lecz mimo to noszą piętno psychopatyczne. Tak np. postać hr. Tarnowa (»Miłość Platona«), gardzącego miłością i namiętnością pięknej księżny Baragreff, odwracającego się wogóle od kobiet, a uwielbiającego tylko mężczyzn, zakrawa wybitnie na płciowego psychohermafrodytę w pojęciu Krafft-Ebinga; tenor, bohater nowelli »O jakaż rozkosz być biczowanym« przedstawia typ mieszany, sadysty i masochisty; niemal wszyscy jego bohaterowie, a zwłaszcza już Seweryn są fetyszystami, których pociągają płciowo futra, aksamity, pewne barwy np. czerwona, statuy, ręce kobiece i t. d. Na tych odmianach Sacher-Masoch nie poprzestaje, gdyż stwarza także, choć w umiarkowanej, możliwie artystycznej formie, postacie imaginacyjnych nekrofilów. Nekrofilem jest sąsiad Bromirskiej (»Testament«) lubujący się w drzemkach poobiednich w trumnie a w wyższym jeszcze stopniu 70-letni giełdowicz wiedeński (»Powstaniec«), który poleca publicznym dziewczętom ubierać się »w suknie z ciężkiego białego jedwabiu, dziewiczy welon i wieniec mirtowy« i kłaść się do trumny, w której zwykł był po południu drzemać. Po ułożeniu się w trumnie dziewczyny, sam klękał na przygotowanym klęczniku i modlił się tak »gorąco, że wreszcie łzy wylewał i łkając całował ręce i stopy półmartwej córy rozkoszy, jak gdyby komu z swych najdroższych, który się rozstał z życiem«. Ostatnio przywiedzionych postaci nie można już żadną miarą usprawiedliwić nawet względami etnologiczno-kulturalnymi, nie można też ani na chwilę zawahać się w uznaniu ich za nawskroś patologiczne, niejako wyjęte z odnośnej kazuistyki Taxila[44]) l. t. p., które w myśl obecnego stanowiska nauki należy tłómaczyć conajmniej znacznego stopnia zwyrodnieniem umysłowem. Tak więc wszystkie omówione typy, jakimi ożywił Sacher-Masoch swe utwory, stanowią jedną galeryą postaci zwyrodniałych, psychopatycznych, na których powstanie tło etniczno-kulturalne wpływu mieć nie mogło i nie miało.

Schlichtegroll powiada: »Nie mylnym jest sąd, że każdy autor typy swojej płci obdarza swymi osobistymi rysami, natomiast typom płci przeciwnej nadaje cechy, które mu do dopełnienia jego indywidualności są potrzebne«. W myśl powyższego zdania należy więc typy męzkie zwłaszcza zasadnicze, stworzone przez Sacher-Masocha, uważać za wierne odbicia jego własnej jaźni, zaś jego typy kobiece za takie, jakich on w życiu swem

[43]) Neue Forschungen über den Marquis de Sade. Berlin 1904.

[44]) La corruption fin-de-siècle. Paris Str. 237.

pożądał, czyli że pod postacią swych bohaterów on sam się ukrywał, wobec czego znowu twierdzenie nasze o patologiczności rzeczonych typów dotyczy ostatecznie jego osoby.

Jakkolwiek wniosek ten jest zupełnie słuszny, wymaga przecież jeszcze dokładniejszego potwierdzenia, tem bardziej, że Schlichtegroll podnosi w kilku miejscach swej biografii na usprawiedliwienie rodzaju twórczości naszego autora, jakoby on do niej był zniewolony żądaniem swych nakładców i wydawców. Usprawiedliwienie to brzmi dość dziwnie, gdyż pomijając już nieprzychylność krytyk, zwłaszcza niemieckich, czyniących temu rodzajowi jego twórczości uzasadnione zarzuty, pomijając zarzuty w tej samej mierze, uczynione mu listownie przez Hamerlinga, pomijając wreszcie prośby jego pierwszej żony, aby dla ocalenia zagrożonej poczytności swych utworów zmienił ich masochiczną tendencyę, żaden wydawca czy nakładca nie zwracałby się do niego z podobnem żądaniem, gdyby on sam nie był do tego pokroju twórczości najbardziej skłonny i uzdolniony. Nadto wiemy, że Sacher-Masoch, choć wrzekomo z usposobienia łagodny i uległy zwłaszcza kobietom, miłował wielce spokój, tak cielesny, jak duchowy, i umiał przed zaburzeniem jego się obronić, umiał też uporczywie obstać przy swojem postanowieniu, jak to zresztą wynika także z pamiętników jego pierwszej żony. Gdyby mu zatem właściwy jego rodzaj twórczości nie dogadzał i nie był potrzebą jego duszy, to niezawodnie byłby go zupełnie zaniechał, lub odmienił. W życiorysie Sacher-Masocha przytacza Schlichtegroll dla uniewinnienia pociągu jego do futer zdanie Göthego »niektórym ludziom należy przebaczyć ich idyotyzmy«. W myśl tego musimy też przebaczyć autorowi »Wenus we futrze« tak jego fetyszystyczny pociąg do futer, których próbek posiadał znaczną kolekcyę, jak i jego algofiliczny rodzaj twórczości. Tworzył on tak, bo inaczej nie mógł, tworzył tak, jak czuł i jak żył. Wszak życie swoje odbił w swych utworach, jak w źwierciadle, wszak główne jego utwory są właściwie rodzajem pamiętników własnego życia. Dlaczego zaś tak czuł, możemy na podstawie danych z jego życia dokładnie, a zgodnie z nauką lekarską wyjaśnić.

O stanie zdrowia rodziców i przodków Sacher-Masocha nic nam nie wiadomo, natomiast wiemy, że on sam był dzieckiem wątłem, któremu nie rokowano długiego życia. Rozwój jego umysłowy odbywał się szybko dzięki niewątpliwym i niepowszednim zdolnościom, albowiem jako dwudziestoletni młodzieniec mógł się poszczycić dyplomem doktora praw, a w rok potem godnością docenta historyi w uniwersytecie w Gracu. Równie szybkim a nawet przedwczesnym jest jego rozwój płciowy. Sam się przyznaje, że już jako dziecię był nadzwyczaj zmysłowy, a zmysłowość ta skierowywała się zrazu do gipsowej figury na biurku ojca, potem do rąk ciotki, którémi go skarciła dotkliwie, wreszcie do futer i kotów, a ta ostatnia utrzymała się przez całe jego życie. Jak Schiller potrzebował zapachu zgniłych jabłek dla podniecenia fantazyi, tak on, tworząc swe powieści, musiał w tym samym celu spoglądać na futro niewieście, rzucone na otomanę. Dziecięcej jeszcze wyobraźni jego dogadzały tylko opisy i obrazy tortur i udręczeń męczenników lub skazanych na stracenie. Jako mąż swej pierwszej żony czuje się ustawicznie a bezpodstawnie chorym na cierpienia, częścią znane, częścią nieznane, lęka się ciasnych przestrzeni, posępnych gmachów np. kościołów, burzy, wobec której jak dziecię kryje się w łóżku i zasłania okna, wreszcie doznaje okresowo napadów śmiertelnego lęku wśród pracy lub wśród rozmowy z obcymi ludźmi, i ulega napadowi samowłóctwa. Charakter jego poza dążnością do zadowolenia algofilicznego popędu płciowego chwiejny, próżny, goniący za szlacheckimi tytułami, kłamliwy, łatwowierny, wreszcie dziecinny, (jak to wynika np. z ulubionej jego zabawy z papierowymi żołnierzami w czasie, gdy już był ojcem rodziny) i zabobonny, skoro mógł wierzyć w istnienie tak zwanego »drugiego wzroku« u dziada swego Masocha, mocą którego miał dziadek jego przepowiadać prawdziwie śmierć w rodzinie lub w gronie przyjaciół (przypisek własny do »Marcela albo baśń o szczęściu«). Wrażliwy nadmiernie i przeczuły, bezsenną nocą i płaczem okupuje śmierć kota, przyczem przesadne umiłowanie kotów dzieli dziedzicznie z krewną swą ojczystą, Różą Sacher; naodwrót znosi mężnie śmierć ukochanego przez się syna Aleksandra i rozstanie z dwojgiem dzieci pozostałych. Szelest sukien kobiecych, jak sam przyznaje, jest czynnikiem, który »najbardziej jest zdolny przeszkodzić mu w pracy i uczynić go roztargnionym« (»Sąd ludowy«). Na tem tle rozwija się jego anormalny pociąg płciowy poddawania się tyranii kobiet przewrotnych, jak go określa jego biograf i jego utwory-pamiętniki. Do tego obrazu dodajmy jeszcze szczegół, zapisany w pracy Schlichtegrolla, t. j. asymetryę jego twarzy, której »jeden profil miał być delikatny i regularny, jakby rzeźbiony na medalu, drugi tępy i nieco obwisły«, wreszcie jego obłąkanie końcowe, z którego uwolniła go dopiero dobroczynna śmierć, a możemy pojąć i wytłómaczyć jego stan duchowy.

Podobnie jak de Sade, był Sacher-Masoch jednym z tych, którym brak wewnętrznego zrównoważenia, u których obok świetnych nieraz zdolności uwidaczniają się luki moralne, a nawet i intellektualne, jednym z grupy zwyrodniałych. Szczegóły, przywiedzione z życiorysu Sacher-Masocha, stanowią niezbite dowody jego psychopatycznej natury, jego zwyrodnienia. Jednem ze znamion tego zwyrodnienia było u niego wczesne obudzenie się popędu płciowego i przejawienie się go w opacznych kierunkach, jak przedewszystkiem w kierunku algofilicznym i fetyszystycznym. Skoro zaś dany mu był niepospolity twórczy, artystyczny talent, przeto algofiliczny, z jego zwyrodnienia wynikły popęd mógł się uplastycznić w stworzonych przezeń postaciach. A te postacie i typy są tak nieprawidłowe, jak nim jest ich twórca, gdyż są tylko wyrazem jego zwyrodnienia, które pod koniec życia autora znalazło nawet swe ujście w istotnem obłąkaniu.

Pod tym kątem widzenia oceniając utwory Sacher-Masocha, nie można im czynić żadnego zarzutu, inny przecież należałoby wygłosić o nich sąd, gdyby je był zrodził umysł, wolny od piętna patologicznego. Jeżeli bowiem musimy się zgodzić z wywodami Schlichtegrolla, że zwłaszcza u schyłku XIX wieku zerwaliśmy bodaj częściowo z pruderyą, że prawidłowość tezy »*naturalia non sunt turpia*«, wyrażonej przez Mantegazzę słowy »nauka nie uznaje rzeczy wstrętnych... wszystko, co ludzkie, wchodzi w zakres nauk« coraz więcej znaczy swe zwycięstwo pod wpływem usiłowań poznania, to przecież słuszność tych wywodów dotyczyć może tylko nauki, a nie tworów literatury pięknej. W literaturze pięknej niema miejsca na opracowywanie ścisłe i dokładne zjawisk i zagadnień, należących bezpodzielnie do patologii, a zwłaszcza zjawisk zboczeń popędu płciowego, które w tak przystępnej, jak literacka, ubrane szatę nie przynoszą nauce realnych korzyści, natomiast wyrządzają ludzkości drogą poddawania i naśladownictwa tylko dotkliwą szkodę. »Sacher-Masoch był bojownikiem — twierdzi w swej przedmowie Schlichtegroll — który, jeżeli padł ze złamanem sercem, to jednak w nieuszkodzonym rynsztunku«, lecz dodać tu musimy, że był on bojownikiem za sprawę, której w ten sposób, jak on to czynił, nie dopomaga się w niczem, że padł nie z sercem, lecz z umysłem złamanym i nie dla niej, lecz z powodu niej, wreszcie, że rynsztunek jego nie mógł w walce doznać już uszkodzenia, bo od początku tej walki nie był całym i nienaruszonym. Zasługa jego, jako szermierza za prawdę, zdzierającego zasłonę z ukrywanej dotąd ponurej strony życia ludzkiego, mała, bo uczynili to przed nim inni, a więcej powołani i we właściwszej formie. »*Ex ossibus ultor«!* wykrzykuje Schlichtegroll, lecz mściciel, mszczący się na prochach autora. Mścicielem tym liczni wielbiciele jego kierunku, ci, którzy równie jak on zwyrodniali, odkrywając w jego utworach wzór do naśladowania, szerzą w drodze psychicznego kontagium masochiczne zboczenia płciowe.

(Dok. nast.)

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w d. 23. stycznia 1907.

Przewodniczy prezes kol. prof. Rosner, obecnych członków 40.

1) Odczytano i przyjęto protokół z poprzedniego posiedzenia.

2) Przez aklamacyę mianowano kol. Heliodora Święcickiego z Poznania członkiem honorowym Towarzystwa.

3) Kol. Friedmana i Zarembę przyjęto jednogłośnie na członków.

4) Kol. prym. Bogdanik przedstawia dwóch ozdrowieńców ze swojego oddziału; pierwszego operował z powodu **jednostronnego, opłucnego wysięku surowiczego i ropnego, oddzielonych od siebie zrostami,** drugiemu **jedna kula** z Browninga zgruchotała ramię lewe, przeszła przez bródkę i zdarła skórę z prawej strony szyi.

5) Kol. Rosner przedstawia chorą **po operacyi raka macicy** z naciekami, wykonanej **sposobem Wertheim-Mackenrodta.**

6) Kol. Brzeski przedstawia preparat niedonoszonego **płodu z więzem Simonarta.**

7) Kol. Rapoport mówi **„O bezmoczu“** (rzecz przeznaczona do druku). W dyskusyi zabiera głos kol. Klęsk.

Posiedzenie w d. 6. lutego 1907.

Przewodniczy prezes kol. prof. Rosner. Obecnych członków 32.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prof. Jaworski przedstawia: *a)* chorą 20-letnią **z przeczulicą histeryczną**, naśladującą objawy zapalenia otrzewnej *(peritonismus)*; *b)* przypadek **tętniaka brzusznej części tętnicy głównej** na przejściu jej w tętnice biodrowe wspólne u 51-letniego mężczyzny; *c)* przypadek **choroby Hirschprunga** *(megacolon-megalogastria)* u 36-letniego mężczyzny (stan najprawdopodobniej wrodzony).

3) Prym. dr Borzęcki wyłożył rzecz **„O leczeniu ostrego wiewióra u mężczyzn“.** Zabierali głos w dyskusyi kol.: prof. Jaworski, Ciechanowski, Kozłowski, Wojciechowski i prelegent; — dalszy ciąg dyskusyi odłożono na jedno z następnych posiedzeń.

Posiedzenie w dniu 13. lutego 1907.

Przewodniczy: Prezes prof. Rosner, obecnych członków 34, jako goście: Dr Sikorska z Krakowa i dr Giżycki z gub. Chersońskiej.

1) Kol. Piotrowski wygłasza odczyt p. t. **W sprawie położnych w naszym kraju: — projekt poprawy stosunków** (rzecz przeznaczona do druku), kończąc następującym wnioskiem:

Towarzystwo lekarskie krakowskie uchwala wnieść do Sejmu petycyę, domagającą się: 1) tworzenia jak największej liczby okręgów akuszeryjnych małych, 2) obsadzania posad tych akuszerkami pochodzącemi z ludu, 3) usunięcia ich z pod władzy urzędów gminnych, 4) polecenia urzędom parafialnym dokładnego wpisywania do metryk osób, spełniających obsługę przy porodzie, 5) polecenia lekarzom powiatowym, gminnym i okręgowym, by kontrolowali metryki i donosili o babkach starostwu, 6) przypomnienia starostwom o przysługujących im prawach karania administracyjnego babek, 7) zniesienia rekursu od tych kar do Namiestnictwa, 8) otwarcia dwu nowych szkół akuszeryjnych w kraju, 9) zaprowadzenia przy wszystkich szkołach internatów, 10) rozdzielenia nauki na osobne kursa dla akuszerek praktykujących po wsiach i osobne dla praktykujących po miastach, 11) wprowadzenia przymusowych kursów powtarzania, 12) wzbronienia aptekarzom sprzedawania babkom leków i krążków.

Dyskusya: Kol. prof. Ciechanowski na zasadzie danych, zebranych przez prelegenta i zawartych w sprawozdaniach Krajowej Rady zdrowia, zwraca uwagę, że niedostateczność pomocy położniczej w kraju zależy nietylko od zbyt małej liczby odpowiednio wykształconych położnych, ale też od tego, że zaufanie ludności do nich nie wzrasta w stopniu pożądanym; wzrost zaufania stwierdzić można tylko w 30 powiatach, a w 10 liczba porodów, przypadających na każdą położną, nawet spadła, pomimo, że w niektórych z tych powiatów położnych nie przybyło; odsetek porodów przy pomocy położnych w całym kraju wzrasta bardzo powoli i nie stoi w stosunku do corocznego przyrostu liczby położnych. Należałoby zbadać przyczynę tego. Obok innych powodów może tu być przyczyną to, że położne (w przeciwieństwie do babek wiejskich) są dla ludności zbyt obce, i że pierwsze niepomyślne wyniki mogą ludność zrażać. Dlatego należałoby większy nacisk położyć na kontrolę jakości położnych (liczba zebrań kontrolnych, urządzanych przez lekarzy powiatowych, w ostatnich latach nawet się zmniejszyła nieco — z 307 w r. 1901 na 287 w r. 1903), na kursa powtarzania, oraz na przyciągnięcie do szkół położnych tego materyału, z którego rekrutują się babki wiejskie. Ze względu na ten materyał zapytuje C., czy nie byłoby możebne w liczniejszych, a mniej przepełnionych szkołach skrócić czas nauki? Wreszcie wnosi C., by propozycye prelegenta rozpatrzyła jeszcze wybrana umyślnie komisya, a to ze względu na wagę sprawy i dokładniejsze wyjaśnienie niektórych szczegółów.

Kol. doc. Braun podniósł, że założenie, jakie sobie postawił kol. Piotrowski, dałoby się określić w słowach: »za duży jeszcze odsetek kobiet rodzących w naszym kraju ulega gorączce połogowej, bo chociaż zestawienia statystyczne wykazują 1 prc., to śmiało przyjąć można, że rzeczywisty odsetek wynosi 10 prc.« — Szukając przyczyny tego, doszedł prelegent do przekonania, że temu jest winna ta okoliczność, że w Galicyi jest za mało akuszerek w stosunku do liczby mieszkańców, (bo 1: 3968). Chcąc poprawić stosunki, należy starać się powiększyć liczbę akuszerek, a zmniejszyć liczbę babek. Tego nie dokona się żadnemi ustawami, ani karami, choćby najsurowszemi, wymierzanemi babkom, bo choćby babki skazane na karę śmierci zniknęły zupełnie, to ta liczba akuszerek, jaka jest, nie wystarczy na obsłużenie wszystkich rodzących w kraju. — Innej drogi należy się imać, a mianowicie starać się owe babki zamienić na akuszerki. W tym celu należy z jednej strony ułatwić im kształcenie się przez najdalej idące ułatwienia, a z drugiej strony podnieść tak moralnie, jak materyalnie stan akuszerek. Do pierwszego celu zmierzać będziemy, jeżeli przy przyjęciu kandydatek do szkoły będziemy wymagać od nich mniejszych kwalifikacyi, średniego czytania i pisania po polsku, skoro ustawa później wymaga od akuszerek składania pisemnych raportów z odbytych porodów. Dalej uczennice powinny być uwolnione od wszelkich opłat, dostawać darmo książki do nauki, a po złożeniu egzaminu torbę z narzędziami, nadto, aby mogły swobodniej oddać się nauce, powinny dostać za darmo pomieszczenie i utrzymanie w internatach, przez co nietylko podniosłoby się ich praktyczne wykształcenie, bo mieszkając w zakładzie, mogłyby częściej i lepiej obserwować odbywające się porody, ale, co za tem idzie, i czas nauki mógłby być skrócony. — Po ukończeniu nauk należałoby się postarać o jakie takie choćby najskromniejsze zabezpieczenie egzystencyi, a w tym celu powinna wyjść ustawa, któraby polecała utrzymanie akuszerek na pewną ilość mieszkańców. Jeżeli istnieje ustawa dla 30 miast w Galicyi, która poleca miastom, aby na 15.000 mieszkańców utrzymywały jednego lekarza miejskiego, to dlaczego nie miałaby istnieć ustawa, polecająca na 2000 mieszkańców utrzymywanie jednej akuszerki. Podatek, złożony przez mieszkańców na utrzymanie choćby bardzo skromne jednej akuszerki, nie byłby znowu tak wielki. Należy zatem podzielić cały kraj na okręgi akuszeryjne, jak obecnie okręgi sanitarne, wyposażyć każdy okręg, aby w nim zamieszkała akuszerka miała zaopatrzone choćby najgłówniejsze potrzeby życiowe, a wtedy babki powoli zaczną się coraz więcej zamieniać na akuszerki i w ten sposób dojdziemy z czasem do zamierzonego celu. — Czas nauki dotychczasowy uważa kol. B. za niewystarczający do należytego przygotowania uczennic do zawodu. Jeżeli się zważy, że zawód akuszerki jest trudny i ciężki, a w obecnych stosunkach mało intratny, to zrozumiemy, że na akuszerki idą dziś kobiety najbiedniejsze i z najniższych warstw społeczeństwa, bo widzą w tym zawodzie jedyną deskę ratunku przed śmiercią głodową. Materyał ten jest tak surowy, że potrzeba wielkiej pracy, aby go przygotować do nauki, a cóż dopiero do objęcia całego przedmiotu. Dlatego uważa mowca 5-miesięczny termin nauki w niektórych szkołach za śmiesznie krótki. Jeżeli dziś ministerstwo oświaty uznało za niewystarczające dla uczniów wydziału lekarskiego jedno półrocze, ale poleca słuchać 2 półrocza położnictwa, to tem więcej dla akuszerek dotychczasowa kilkomiesięczna nauka jest za krótka i niewystarczająca. Można temu zaradzić albo przez przedłużenie nauki jeszcze na 1 rok lub półrocze, albo pozostawić dotychczasowy termin, ale wychowywać uczennice w internacie. Dziś wychodzą akuszerki z wystarczającemi wprawdzie wiadomościami teoretycznemi, ale małem doświadczeniem praktycznem. To uzupełnia dotąd tylko mała część akuszerek, praktykując po złożeniu egzaminu w szpitalu; większa część uzupełnia to dopiero w prywatnej praktyce, a reszta, nie mając od początku należytego powodzenia, powoli zapomina, co ze szkoły wyniosła. Jeżeli żądamy od lekarzy praktykowania jakiś czas po doktoracie przy szpitalach krajowych, nim rozpoczną praktykę, to dlaczegóż akuszerka ma rozpocząć swoją działalność bez praktyki w szpitalu? Wprawdzie temu zapominaniu zasad położnictwa mają zapobiegać wprowadzone zgromadzenia akuszerek u lekarzy powiatowych, ale zgromadzenia te ani na jotę nie przyczyniają się do powiększenia fachowych wiadomości akuszerek. Wprawdzie zmusza je ta kontrola do utrzymywania czystości i należytego utrzymywania torby położniczej, ale głównie są to kontrole zapisków statystycznych, a nie kursa, uzupełniające wiadomości. Za jedyny środek, aby akuszerki utrzymać zawsze w styczności z postępem i wymaganiami współczesnemi, uważa mowca kursa powtarzania, mające się odbywać co pewien czas pod kierunkiem lekarzy specyalistów, a obowiązujące wszystkie akuszerki bez wyjątku, za odpowiedniem wynagrodzeniem ich przez fundusz krajowy. Wobec tego wszystkiego koniecznie potrzeba urządzenia w kraju większej liczby szkół położnych, niż dzisiaj istnieją, szkół o podwójnym typie, a mianowicie we Lwowie i Krakowie — szkół, któreby przyjmowały kandydatki, posiadające odpowiednie wykształcenie z ukończoną conajmniej 4. klasą ludową, i szkół prowincyonalnych, gdzieby mogły być przyjęte kobiety wiejskie, nie umiejące pisać, ani czytać. W obu typach szkół powinna nauka być jednakowo wykładana, t. j. cały przedmiot powinien być wyczerpany teoretycznie i praktycznie, ta tylko zachodziłaby różnica, że w szkołach stołecznych termin nauki trwałby znacznie krócej, niż w szkole prowincyonalnej,

nadto w szkołach prowincyonalnych udzielanoby kandydatkom nauki pisania i czytania, bez czego na razie mogłyby być przyjęte, ale z warunkiem, aby w czasie nauki te braki uzupełniły. (*Streszczenie własne*).

Kol. Schaitter, omówiwszy stosunki położnych krakowskich, dodaje do wniosków prelegenta dwa nowe: 1) Pożądanem jest, aby w Krakowie odbywały się kursa powtarzania dla akuszerek. 2) Pożądanem jest w gminie miasta Krakowa uporządkowanie niesienia pomocy ubogim położnicom.

Kol. Karpiński zaznacza, iż urządzając jako lekarz rządowy w powiatach, gdzie pracował, kursa kontrolne akuszerek, kładł główną wagę na czystość ich rąk i porządek w ich torbach.

W końcu na wniosek kol. Rosnera wybrani zostali do komisyi, która opracuje jeszcze dokładniej wnioski prelegenta i przedłoży je Towarzystwu do zatwierdzenia, następujący koledzy: Piotrowski, Schaitter, Rosner, Ciechanowski, Braun, Dobrowolski, Karpiński, Bielański, Warzycki i Cercha.

Posiedzenie w d. 20. lutego 1907.

Przewodniczy prezes prof. Rosner. Obecnych członków 36.

1) Protokół odczytano i przyjęto.

2) Kol. doc. Latkowski przedstawił chorych: a) z **nowotworem klatki piersiowej**, wychodzącym z opłucnej lub okostnej żebrowej, b) z **olbrzymim zimniczym obrzękiem śledziony**, c) z **kilakiem na podstawie mózgu**, d) z **chorobą Basedowa i obrzękiem śluzowatym**. W dyskusyi przemawiali kol. prym. Borzęcki, prof. Ciechanowski i prelegent.

3) Kol. M. Kozłowski wykładał: **O leczeniu i uleczalności wiewióra u mężczyzn**, objaśniając wykład preparatami mikroskopowymi; poczem odbyła się dyskusya nad tym wykładem i wykładem kol. Borzęckiego z dnia 6. II. b. r., w której przemawiali kol. Ciechanowski, Borzęcki, Krzyształowicz, Wachholz, Boczar, Mayzel, Rosner i Kozłowski.

Sekretarz: *Owsiński*.

W sprawie szpitalnictwa galicyjskiego.

III.

Braki i potrzeby.

Zestawił **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy.)

Przy ostatniej inspekcyi szpitali wyszło to na jaw w wielu przypadkach. Nowy stosunkowo (1898) szpital w Gorlicach »ani rozkładem sal, ani wykończeniem szczegółów, nie odpowiada istotnym potrzebom prowincyonalnego szpitala«, nie dziw więc, że »w pewnych kierunkach przedstawia obraz opłakany«. Nowy szpital w Husiatynie wykazuje »na każdym kroku ciasnotę obecnych budynków« (na szczęście stoi w przededniu znacznego ulepszenia). Nowy, przed 3 laty postawiony szpital w Jarosławiu ma już dziś widoczne »wady i błędy, które nie pozwalają mu spełnić wszechstronnie swego przeznaczenia; bardzo razić musi każdego bezsłoneczna wystawa sal chorych, bo szpital (jeden duży budynek) jest frontem zwrócony ku północy, a sale właśnie stanowią jego część frontową. Łazienki mało co warte; kąpiel w szpitalu jest pewnym zbytkiem, nie każdemu choremu udzielanym i t. d.«. (Szpital ten jest przytem ubogo urządzony: »w sali dla prostytutek niema ani jednego łóżka, chore leżą na ziemi na siennikach«). »Pawilon zakaźny stanowczo za duży, a założony wadliwie; stoi pustką... z braku urządzenia (łóżek i t. d.), a chorzy zakaźni leczą się w separatkach głównego gmachu« [1]).

Jak zaś wychodzą szpitale starsze na »oszczędnych«, systemem łataniny prowadzonych przeróbkach i dobudowach), poucza znów szpital w Jaśle, który po »rozszerzeniu« w r. 1874 »jest dziś jednym z najgorszych budynków szpitalnych w kraju; postawienie nowego szpitala jest kwestyą czasu, bo wszelkie poprawianie i rozszerzanie obecnego gmachu byłoby tylko niepotrzebnem łożeniem pieniędzy, zwłaszcza, że grunt pod szpital zupełnie się nie nadaje«. Pawilonu zakaźnego niema; salom chorych »brakuje wszystkiego, co jest wskazanem dla wygody i higieny«; sali operacyjnej nie ma; »położnice leżą na wspólnych salach i tam też odbywają się porody i operacye położnicze«(!) »Pralnia bardzo ciasna, położona przy trupiarni, ciemna, niewygodna, służy zarazem za łazienkę« i t. p. [2]).

[1]) Insp. w r. 1906, str. 38—39.
[2]) Insp. r. 1906, str. 40, 41.

W nowym szpitalu Lubaczowskim odbywają się operacye »w bardzo nędznie urządzonej salce, która jest tak mała, że nie mogą się tam pomieścić urządzenia potrzebne« [1]).

Nowy Sącz należy już na szczęście do przeszłości.

Szpital w Podhajcach [2]) »tak pod względem położenia swego w nizinie, jak też i co do budowy, należy do najmniej odpowiednich na zakład leczniczy. Niktby nie uwierzył temu, że budynek ten nie miał nawet fundamentów. Sale i korytarze są nizkie, źle oświetlone, bez wentylacyi, drzwi i okna w części już zbutwiałe (!), a szpital jest tak zasunięty w jeden róg placu, że obejść go naokoło nie można, nieprzechodząc przez budynek. Z północnej strony jest pagórek, z którego wody opadowe ściekają... w ten sposób, że woda dostaje się do jedynej piwniczki, jaką szpital posiada. Skrzydło nowe, postawione przed kilkunastu laty,... jest nie wiele lepsze od głównego budynku, w różnych bowiem miejscach tynki poodpadały, dachówki popękały i woda zacieka, wilgocąc ściany i sufity. Miejsca ustępowe, łączące (sic!) dwa te budynki, są fatalnie urządzone i zatruwają powietrze...« — Wogóle budynek jest »nietylko nieodpowiedni pod względem sanitarnym, ale jest ciasny... i nie da się doprowadzić do lepszego stanu« [3]).

»Opłakane stosunki szpitala podhajeckiego zanadto są dobrze znane, by zachodziła potrzeba przedstawienia ich szczegółowego«. Znowu i tu sztukowanie zapomocą »rozszerzenia starego gmachu przez przybudowanie skrzydeł nie zaradziło w niczem złemu, a tylko opóźniło o szereg lat stanowcze uznanie potrzeby zbudowania szpitala w zupełnie innem miejscu«. Szpital bywa okresowo zalewanym, bo koryto rzeki wyżej się znajduje, niż poziom ogrodu, budynki tworzą kompleks »niegodny nawet nazwy szpitala«. »Każdy grosz włożony w adaptacye byłby na marne wyrzucony, bez najmniejszej nadziei sprowadzenia jakiejbądź trwałej poprawy« [4]).

Takto mści się na finansach kraju niewczesna oszczędność, brak systematycznej, szerszej akcyi według całkowitego programu, ostrożne wydawanie po groszu, gdzie należało rzucić od razu garść złota. Ileżto można było naprawdę zaoszczędzić, regulując wydatki na szpitalnictwo nie według ich wysokości, ale rentowności.

(C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Związek państwowy organizacyi lekarskich austryackich ostrzega przed przyjmowaniem posad w powiatowej Kasie chorych we Frysztacie na Śląsku austr., w której wszyscy lekarze musieli z d. 1. IV. b. r. wypowiedzieć swe stanowiska z powodu, iż Kasa od dłuższego czasu poczęści nie wypłaca im i tak już nędznego wynagrodzenia.

Prezes organizacyi śląskiej: *Dr Stiller*. Prezes Związku: *Dr Janeczek*.

Kasa chorych lekarzy we Lwowie dobiega 4 lat istnienia. O rozwoju i działalności tej instytucyi poucza następujące zestawienie:

Z końcem roku	Liczba członków	Zasiłki dla chorych koron	Pogrzebowe koron
1903	122	1,312	—
1904	140	5,308	400
1905	164	9,696	600
1906	177	11,622	400

Potrąciwszy przeto pierwszy rok istnienia, w którym młoda instytucya nie mogła jeszcze rozwinąć w całej pełni swych świadczeń, wypłaciła kasa w ciągu lat trzech w samych zasiłkach dla chorych poważną sumę przeszło dwudziestu jeden tysięcy koron (21,326).

Wobec takich wyników jest rzeczą zgoła niezrozumiałą, dlaczego do kasy tej należy mało co więcej ponad $\frac{1}{10}$ część lekarzy naszych: szczególnie podobno koledzy z Galicyi zachodniej należą w liczbie bardzo szczupłej, tracąc przez to wielką korzyść, jaką na przypadek choroby stanowią zasiłki kasy, zwłaszcza

[1]) Tamże, str. 47.
[2]) Dep. V. za r. 1904/5, str. 50.
[3]) Tamże, str. 54.
[4]) Insp. w r. 1906, str. 49.

w czasie chorób obłożnych, gdyż lekarz pozbawiony jest wszelkich dochodów z praktyki prywatnej.

Znam przypadki, że lekarze, nawet zajmujący posady stale płatne, popadli przez dłuższą nieco chorobę w tak przykre warunki, iż kilkukoronowy wydatek stanowił dla nich wielką różnicę, a po powrocie do pracy nierychło zdołali się uwolnić od lichwiarskich długów. Ileżby dla nich znaczył ów zasiłek 8 K dziennie, które kasa wypłaca przez pierwsze 100 dni obłożnej choroby, a nawet 4 K, wypłacanych przez dalszych dni 80. W ciężkich przypadkach może zasiłek kasy dojść do przyzwoitej sumy 1,120 K, która tem większe ma znaczenie, im większe długa choroba przynosi lekarzowi straty w praktyce. Nieocenioną też wartość ma uczucie, że się otrzymuje z kasy swoją należność, że nie potrzeba się prosić o zapomogę, lub pożyczkę.

Powolny wzrost liczby członków kasy możnaby usprawiedliwić, gdyby opłaty do niej były wysokie. Tymczasem tak nie jest. Wstępujący do kasy przed 30 r. ż. płaci rocznie 43 K 20 h, przed 50 r. ż. 64 K 80 h, po 50 (do 60 r. ż.) 84 K 40 h. Opłaty te można uiszczać w ratach nawet miesięcznych. Rozpoczynający praktykę młody lekarz znajduje się często w warunkach bardzo trudnych; ale niepodobna, aby nie zdobył się na półczwartej korony (3,60) miesięcznie, t. j. sześć centów dziennie, za które może sobie, czy swej rodzinie umniejszyć trosk o byt materyalny w razie choroby, budzącej sama przez się dość już i tak zgryzot i niepokoju.

Słaby dotąd stosunkowo udział naszych lekarzy w kasie chorych, (dostępnej wskutek porozumienia się obu Izb dla wszystkich kolegów z całej Galicyi), może się tłómaczyć chyba tylko albo niewiadomością, albo indolencyą. Dla tych, którzy dotąd o kasie nie wiedzą, może przydatne będą podane tu informacye z dodatkiem, że opłaty przesyłać należy do skarbnika kasy, dra Schellenberga (Lwów, Czarnieckiego 12). Na tych, którzy wiedząc o istnieniu kasy, dotąd do niej nie należą, rady nie ma, jeżeli sami nie rozumieją własnego interesu. *C.*

W Stowarzyszeniu lekarzy polskich w Warszawie roztrząsano w d. 8. III. b. r. sprawę organizacyi **pomocy lekarskiej dla ludności fabrycznej** w Królestwie Polskiem według pytań, przytoczonych w »Przeglądzie lek.« Nr 10 (str. 128, szpalta 2). Na wstępie wspomniał prezes, dr Dunin, o pogłosce, że rząd zamierza całe koszta pomocy lekarskiej nałożyć na robotników, gdy w Niemczech ponoszą oni tylko $^2/_3$ kosztów, a $^1/_3$ pracodawcy. Następnie dr St. Markiewicz przedłożył wyczerpujący referat »O pomocy lekarskiej dla warstw pracujących w Anglii, Francyi i Belgii« (ogłoszony w całości w »Kronice lek.« Nr 6). W bardzo ożywionej dyskusyi przeważyły następujące zapatrywania: 1) Udział samych robotników w kosztach pomocy lekarskiej jest niezbędny, jak również w administracyi, albowiem to wpływa dobroczynnie na zmniejszenie się nadużyć i zobopólnego niezadowolenia. Jednakże u nas robotnicy sami nie mogą ponosić całego kosztu pomocy lekarskiej, szczególnie na prowincyi, a w przeważnej części wydatków powinni brać udział i fabrykanci. 2) Przymusowe ubezpieczenie robotników na wypadek choroby jest niezbędne, albowiem na przezorność i zapobiegliwość ich jeszcze liczyć nie można. 3) W tych zakładach, gdzie już istnieje zadowalniająca pomoc lekarska, należy ją oczywiście pozostawić bez zmian. 4) Od zasady stałego lekarza odpowiedniejszą jest zasada wolnego, ale ograniczonego wyboru lekarza. (Uznała to większość zebranych wbrew wywodom dra Ciąglińskiego i innych). 5) Oznaczenie wysokości wynagrodzenia lekarza, czyto stałego, czy też oddzielnie za każdą poradę, uchwalono oddać osobnej komisyi. — Do komisyi, mającej na zasadzie tych rozpraw opracować odpowiedni szczegółowy projekt organizacyi pomocy lekarskiej dla robotników, powołał Zarząd Stow. drów: Chełchowskiego, S. Markiewicza, Paderewskiego, Łazarewicza, Żenczykowskiego, Winiarskiego, Birona, Polaka, inżyniera p. Simona i przedstawicieli Koła przemysłowców miasta Warszawy, wybranych na zaproszenie Zarządu.

W d. 22. III. przedstawił dr J. Borzymowski projekt ustawy i regulaminów **Towarzystwa pielęgnowania chorych szpitalnych.** W rozprawach zaproponował dr Dunin, aby naprzód zobrazować istniejące już organizacye tego rodzaju. Postulat ten nie został wyczerpująco wykonany, gdyż przytoczono tylko pobieżne wiadomości o podobnych instytucyach w Niemczech i Anglii lub instytucye innego typu, jakoto: szkoły zawodowych dozorczyń, (Berlin, Bruksela), Towarzystwo opieki nad chorymi i dyżurów przy szpitalu żydowskim w Warszawie, (które zresztą już nie istnieje; natomiast powstać ma w tym szpitalu szkoła dozorczyń z kursem $1^1/_2$-rocznym). — Dr Bronowski zaznacza, że umiejętne i pożyteczne pielęgnowanie chorych stanowi część lecznictwa, wymaga przeto pewnej nauki, poważnego przygotowania się do działalności praktycznej; wyraża powątpiewanie, czy te osoby, które zgłosiły swój czynny udział w projektowanem Towarzystwie, zechcą i będą mogły przygotować się odpowiednio; sądzi więc, że Towarzystwo należałoby nazwać Tow. »dozorczyń«, a nie »pielęgnowania« chorych. — Dr Bączkiewicz potwierdza, że opieka, zwłaszcza dla ciężko chorych, powinna być umiejętną. — Podniesiono także wątpliwości co do niepłatnych dozorczyń wobec znanych braków w działalności osób, poświęcających się nawet całkowicie opiece nad chorymi (SS. Miłosierdzia). — Dr Dunin podniósł znaczenie społeczne i humanitarne zetknięcia się warstw zamożnych i inteligentnych z nędzą i chorobą. — Dr Borzymowski bronił projektowanej nazwy Towarzystwa, jako określającej cel, do którego ma Towarzystwo zmierzać zapomocą agitacyi członków wspierających, oraz odczytów i kursów dla członków czynnych. — Dr Bronowski proponował, aby do grona członków czynnych przyjmować bez ograniczenia i mężczyzn, wśród których mogą się znaleźć ludzie chętni i umiejętni. — Dr Borzymowski oświadczył, że uwagi, poczynione w dyskusyi, przedstawi na posiedzeniu organizacyjnem Towarzystwa za parę tygodni. *Dr med. Szczęsny Bronowski.*

Wspólne zadania i interesy lekarzy szpitalnych roztrząsane są w »Münch. med. Wochens.« (Nr 2, 13). Godzi się tu przytoczyć żądania lekarzy niemieckich co do stanowiska kierowników szpitali. Są one następujące: Zupełna samodzielność w zarządzie szpitala, całkowita władza nad całym personalem (asystenci, siostry zakonne, służba oddziałowa i gospodarcza), posady dożywotnie lub na 6 albo 12 lat, płaca najmniej 3—5 tysięcy marek (szpital na 100 łóżek), wzrastająca w miarę lat służby, prawo do emerytury, prawo do honoraryów od chorych I i II klasy. *R.*

Lekarze dolnoaustryaccy oznajmili już wszystkim gminom, że r. b. odmawiają publicznego szczepienia. Prezes organizacyi nie wahał się poświęcić 2 tygodni, by dzień po dniu uczestniczyć w zgromadzeniach lekarzy w 15 miejscowościach kraju. *R.*

Świadectwa sądowo-lekarskie (visa et reperta) w formie doniesienia karno-sądowego nie podlegają ostemplowaniu. Od nałożonych grzywien należy się odwoływać do dyrekcyi okręgu skarbowego, opierając się, jak podaje dr Mikołajski (»Głos lek. Nr 7) na reskrypcie kraj. Dyrekcyi skarbu we Lwowie z d. 28. sierpnia 1895 L. 71.756 i z 29. lipca 1902 L. 86.086. Opatrywać stemplem na 1 K radzi dr M. tylko świadectwa bez doniesienia o uszkodzeniu ciała. *R.*

Telefony lekarzy uzyskały od austr. ministerstwa handlu pewną ulgę. Opłata od nich będzie się liczyć według taryfy D, nawet gdyby według przepisów ogólnych powinny podpadać pod taryfę C. Za stacye o wspólnych przewodach żadnej ulgi lekarzom nie przyznano. *Z.*

Szkół odkażania było w Prusach w r. 1905 — 18; odbyło się w nich 64 kursów 9-dniowych dla 547 osób, z których po złożeniu egzaminu otrzymało państwowy dyplom dezynfektorski 533. Nadto wykształcono 200 dozorczyń chorych w kursach 3-dniowych. Dezynfektorzy mają co 3 lata składać egzamin kontrolny, co 6 lat odbywać kursa powtarzania. *Z.*

Tworzenie zakładów leczniczych dla kalek uważa doc. Chlumský (»Czas« z 30. III. b. r.) za możebne drogą samopomocy społecznej nawet w naszych warunkach w Galicyi. Chodzi tu nie o przytuliska, ale o zakłady, przywracające kalekom zdolność do pracy, co chirurgia zdołała dziś osiągnąć w 70% przypadków, i oszczędzające w ten sposób społeczeństwu kosztów utrzymania kalek. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 24. do 30. marca 1907 doniesiono o 2 nowych przypadkach ospy w 1 gminie, a mianowicie w pow. Kamionka strum. (Krzywe 2, zawleczono z Rosyi), 39 przypadkach duru plamistego w 12 gminach, a mianowicie: w pow. Horodenka (Dąbki 10, Głuszków 1, Semenówka 4), Jaworów (Zawadów 2, Jazów stary 1), Lisko (Manasterzec 4), Nadwórna (Pasieczna 4, Zielona 8), Rawa (Manastyrek 1), Przemyślany (Przegnojów 1), Stryj (Oporzec 1), Tarnów (Brzozowa 2) i 4 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 4 gminach, a mianowicie pow. Bóbrka (Bóbrka 1), Pilzno (Kamienica górna 1), Tarnobrzeg (Sielec 1), Żółkiew (Batiatycze 1). *T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 24. do 30. III. 1907 przypadków płonicy miejsc. 5 † 3 (obcych 4), odry 1, duru brzusznego — (6 † 1). *S.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 24. do 30. III. 1907 urodziło się dzieci żywo 51, nieżywo 3, zmarło osób 58 (w tem obcych 18), z tych z gruźlicy 17 (5), z zapalenia płuc 7 (1). *S.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 24. do 30. III. 1907 przypadków: błonicy 7 † 1 (w tem obcych 1 † 1), krztuśca 4, płonicy 4, odry 1, duru brzusznego 1, nagminnnego zapalenia opon 2 † 1. *Z.*

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

Stan prac organizacyjnych:

W sekcyi higienicznej zgłoszono następujące wykłady: 1) Żeleński (Kraków): Próby ochrony niemowlęcia w Krakowie. 2) Kondratowicz (Żydaczów): O higienie szkolnej. 3) i 4) Prof. Bujwid (Kraków): Zużytkowanie wód powierzchownych do użytku wiejskich studzien. — Stosowanie zapobiegawcze niektórych surowic i szczepionek. 5) Opieński (Żółkiew): O zwalczaniu epidemii błonicy. 6) i 7) Serkowski (Łódź): Zadanie i organizacya »Kropli mleka«. — O wentylacyi chemicznej. 8) Inż. Kruszewski (Łódź): Buddyzacya wody i mleka. 9), 10) i 11) Walczyński (Tarnów): O zadaniach lekarzy szkolnych. — O zadaniach lekarzy-znawców przy budowie wodociągów. — O potrzebie jednolitości przy wydawaniu orzeczeń w sprawach środków żywności. 12) Prof. Zaleski (Petersburg): Zaopatrywanie osad ludzkich w wodę. 13) i 14) Bier (Kraków): Ujemne strony handlu produktami spożywczymi w Galicyi i środki zaradcze. — Rozszerzanie się gruźlicy w miastach Galicyi. 15), 16) i 17) Bartoszewicz (Warszawa): Sposoby określania laseczników durowych we wodzie. — Związki odkażające z odpadków naftowych. — O nowym sposobie konserwowania pokarmów. 18), 19) i 20) Polak (Warszawa): O brakach miejskich. — Rola rządu, zarządów miejscowych i inicyatywy prywatnej w szerzeniu zdrowotności.— O potrzebie organizacyi zjazdów higienistów polskich. 21) Niegolewski (Poznań): Higiena szkół. 22) Dzierżgowski (Petersburg): W sprawie biologicznego czyszczenia wody kanałowej.

Sekcya odbędzie jedno posiedzenie wspólne z sekcyą wychowania fizycznego, na którem odbędą się wykłady 2), 9) i 21), oraz jedno posiedzenie wspólne z sekcyą pedyatryczną, na które przeznaczono temat: »Śmiertelność niemowląt. Przyczyny i zwalczanie.« (Przegl. hig. Nr 4).

Komitet Wystawy zjazdowej zwraca się do wszystkich osób i instytucyi, które zapowiedziały swój współudział w wystawie, a nie wniosły dotąd jednak formalnego zgłoszenia, by zechciały w najbliższym czasie to uskutecznić, gdyż wobec napływających ciągle jeszcze zgłoszeń, komitet nie będzie mógł przyjąć na siebie odpowiedzialności za to, że zgłoszenia ich nie będą mogły być dla braku miejsca uwzględnione, bądź też, że okazów ich nie da się odpowiednio na wystawie umieścić.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Do Zarządu Towarzystwa ratunkowego wybrani zostali na r. 1907 z lekarzy: r. dw. prof. Wicherkiewicz (prezes), doc. Braun (wiceprezes), dr Słapa (skarbnik), dr Bielański, prof. Kader, prof. Rosner, dr Rydel (wydziałowi), do komisyi sprawdzającej prym. dr Bogdanik i dr Flis, lekarzem-instruktorem prof. Bossowski, administratorem stacyi dr Pachoński.

Lwów. Zastępcą przewodniczącego rady zawiadowczej »Tygodnika lekarskiego« wybrało zgromadzenie wydawców w d. 23. III. b. r. dra Tatarczucha, a zastępcą redaktora doc. Hermana (»Tyg. lek.« 13).

— Dyplom doktorski uzyskał p. Adam Majewski rodem ze Lwowa.

Warszawa. W Stowarzyszeniu lekarzy polskich przemawiał w d. 4. IV. w sprawach X. Zjazdu lek. i przyr. polskich prezes wydziału gospodarczego lwowskiego, prof. Bylicki.

Z różnych stron. Porządek dzienny posiedzenia »Koła lekarzy polskich« w Petersburgu w d. 20. III. (2. IV.): 1) dr M. Chruszczyński: Przypadek raka żołądka. 2) Doc. Sowiński: Patogenetyczne znaczenie prątka Ducreya przy wrzodzie miękkim oraz w powstawaniu dymienic. 3) dr St. Kozłowski: Ojców, jako zakład leczniczy.

— 79 Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich odbędzie się w Dreznie 15—21. września b. r.

— X. Zjazd im. Pirogowa odbędzie się w Moskwie 25. IV. do 2. V. b. r.

Mianowani: dr Marya Popławska nadetatową ordynatorką szpitala izraelickiego w Warszawie.

Zmarli: internista prof. O. Rosenbach w Berlinie w 56 r. ż.

Redakcya otrzymała: J. Brodzki: Untersuchungen und klin. Erfahrungen mit Litoubrot. Odb. »Berl. kl. Wochs.« 1907. 4. — Janowski: Współczynnik szybkości tętna w stanach normalnych i patologicznych. Odb. »Gaz. lek.« 1907. — Serkowski St.: Dezynfekcya miejska w Łodzi. Łódź 1906. — Serkowski i Maybaum: Materyały do etyologii i statystyki raka. Cz. II. Odb. »Gaz. lek.« 1906. — Lemberger: Komentarz do VIII. wydania farmakopei austryackiej. Zesz. 14. (Cz. II. Oxymel Scillae — Resina Benzoë). Kraków 1907.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 10. kwietnia o godzinie 6 wieczór** w **Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Prof. Wachholz: O zaczadzeniu (z demonstracyami).

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Pyrenol odgrywa, jak twierdzi dr M. Steiner (Repetitorium der praktischen Medizin 1907, Nr 3) w leczeniu grypy nader wybitną rolę. Wskazuje na to już sam skład chemiczny pyrenolu i wynikające stąd jego własności. Łączy on w sobie, jak wiadomo, działanie przeciwgorączkowe i przeciw nerwobolom, wogóle uspokajające, z działaniem, ułatwiającem wykrztuszanie i wzmacniającem serce, co podniesiono w szeregu 30 prac, ogłoszonych drukiem. Dr S. opiera swe doświadczenie na 86 przypadkach grypy, leczonych pyrenolem. W okresie zwiastunów otrzymywali chorzy 3 razy dziennie po 1 gr. lub 6 razy po 0·5 gr.; w grypie wyraźnej z ciężkimi objawami 4 razy dziennie po 1 gr. lub co 3 godziny po 0·5 gr. Dzieciom podawano stosownie do wieku 3—4 razy dziennie łyżeczkę dziecięcą 2—4 prc. rozczynu. S. spostrzegał, że gorączka opada po pyrenolu powoli, wśród nieznacznych potów i wśród podmiotowego uczucia poprawy. Nigdy nie wystąpił zapad i nie spadała ciepłota gwałtownie. Pyrenol usuwa bole w stawach, mięśniach, opłucnej, w nerwach międzyżebrowych i t. d., ułatwia wykrztuszanie, nie wpływa ubocznie źle na serce, nerki i przewód pokarmowy, wzmacnia serce i poprawia apetyt. Własności te nakazują stosowanie zapobiegawcze pyrenolu przeciw najniebezpieczniejszemu powikłaniu, t. j. zapaleniu płuc. W razie rozwiniętego zapalenia płuc spostrzegał S., zgodnie z innymi autorami, przy stosowaniu pyrenolu w 8 przypadkach korzystny przebieg. *Hr.*